

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911.

THÈSE

No 413

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ASTHÉNIE PRIMITIVE

PAR

Paul-Louis COUCHOUD

Ancien élève de l'École Normale,
Agrégré de philosophie.
Interne des Asiles de la Seine.

Né à Vienne (Isère) le 6 juillet 1879

PRÉSIDENT : M. GILBERT BALLEZ, PROFESSEUR

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1911

Tous droits de traduction et de reproduction réservés.

10

413

814



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ASTHÉNIE PRIMITIVE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ASTHÉNIE PRIMITIVE

PAR

Paul-Louis COUCHOUD

Ancien élève de l'École Normale,
Agrége de philosophie,
Interne des Asiles de la Seine.

Né à Vienne (Isère) le 6 juillet 1879

PRÉSIDENT : M. GILBERT BALLE, PROFESSEUR

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1911

Tous droits de traduction et de reproduction réservés.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. LANDOUZY.

Professeurs MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ADHARD.
Pathologie médicale	VIDAL.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	TEOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale	CHAUFFARD.
Clinique médicale	ROGER.
Clinique des maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique	G. BALLET.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchement	DEJERINE.
Clinique gynécologique	DELBET.
Clinique chirurgicale infantile	QUENU.
Clinique thérapeutique	RECLUS.
	SEGOND.
	DE LAPERSONNE.
	ALBARRAN.
	BAR.
	PINARD.
	RIBIMONT DESSAIGNE.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LECENE.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL (PIERRE).	LENORMANT.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (ANDRÉ).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIE.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET (ANDRÉ).	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBÉ (MARCEL).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVAS-	ONINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	TINE.	OMBREDANNE.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A J. TASTEVIN

Quand à vingt-six ans j'ai laissé les livres des philosophes pour le lit des malades, quand j'ai voué sans retour ma vie aux aliénés, tu m'as donné l'enthousiasme nécessaire. De toi j'ai reçu la foi. Nous avons cru ensemble au trésor de faits encore inconnus que cachent les Asiles. Nous avons cru à l'avenir magnifique de cette jeune science sous les lois de laquelle, toi ancien, moi conscrit, nous étions enrôlés : la psychologie clinique. Tantôt avec toi, tantôt avec Benon, j'ai répété sur le vif les leçons de mes maîtres Gilbert Ballet et Magnan. Après toi je me suis évertué à la sagacité, à la patience, à la précision qui arrachent de l'interrogatoire des malades une parcelle pour la science. Si l'on trouve ici quelque fragment neuf et solide, il te revient.

L'ASTHÉNIE PRIMITIVE

ESSAI CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

L'asthénie qui sera décrite ici est le syndrome pathologique qui consiste dans la diminution *générale* des forces. Elle ne comprend donc pas les asthénies partielles ou locales. Ce syndrome, défini récemment par J. Tastevin, est constitué par deux symptômes indispensables et suffisants : l'affaiblissement général des fonctions musculaires, le ralentissement général des fonctions psychiques.

Ainsi définie, l'asthénie s'oppose à la fois à *l'asthénie musculaire* des neurologistes où le trouble musculaire ne s'accompagne pas de trouble mental et à *l'asthénie psychique* des psychologues où le trouble mental est considéré indépendamment du trouble musculaire. On pourrait la décrire comme l'union de la *myasthénie* et de la *psychasthénie* si ces termes dans la langue médicale ne désignaient pas des syndromes spéciaux plutôt que de simples symptômes.

Elle se rapproche de la *neurasthénie* de Beard dans laquelle les deux symptômes coexistent. Elle s'en dis-

tingue par les autres symptômes qui entrent dans ce syndrome plus complexe.

Le langage a senti la parenté des fonctions musculaires et des fonctions mentales. Le mot travail s'applique également à l'exercice des unes et des autres, le mot fatigue à leur épuisement. On peut donc définir l'asthénie par une moindre capacité de travail, par une plus grande tendance à la fatigue.

Il importe de distinguer l'asthénie de la dépression. L'état des forces subit des oscillations normales. Tout travail est suivi de fatigue, plus généralement toute ascension des forces est suivie d'une dépression proportionnelle. Cette dépression disparaît graduellement par l'effet du repos. On réservera le nom d'asthénie à une dépression caractérisée par les deux faits suivants : 1° Elle est en apparence spontanée, c'est-à-dire elle n'est pas consécutive à une dépense de forces. 2° Elle n'est pas modifiée par le repos et persiste un temps suffisamment long sans changement. Toute dépression qui ne suit pas immédiatement une excitation ou qui ne lui est pas proportionnée et qui tend à se prolonger est de l'asthénie.

Toute asthénie est spontanée en apparence. En réalité, on peut rattacher souvent l'asthénie à une cause clinique certaine. Pour énumérer tout de suite les principales, ce sont la douleur — douleur physique ou douleur morale, — les hémorragies et les anémies, certaines intoxications, certaines infections. L'asthénie en ce cas sera dite secondaire. Lorsqu'elle n'a pas de cause *cliniquement* décelable, en particulier lorsqu'elle n'est pas

liée à une douleur, à une hémorragie, à une anémie, à une intoxication certaine, à une infection reconnue elle est dite primitive. Cela s'entend au sens clinique. On veut dire que l'asthénie est le premier fait pathologique qui se manifeste. Elle ne révèle pas un trouble antérieur dont elle serait le symptôme. Elle est *essentielle, idiopathique, proprement dite, franche, vraie* dans le sens que l'on donne à ces termes quand on les applique par exemple à l'asthme essentiel, à l'épilepsie vraie, à la manie franche par opposition aux asthmes, aux épilepsies, aux manies symptomatiques. Le nom de *primitive* lui convient mieux encore car il n'implique pas une nature spéciale. Il indique seulement qu'on ne trouve pas à l'asthénie d'antécédent clinique. Dans un ensemble morbide elle est le trouble primitif, le premier terme de la chaîne causale.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Variété de spleen, ESQUIROL, 1821 ; — *Asthénie primitive ganglionnaire*, J.-L. BRACHET, 1829 ; — *Mélancolie sans délire*, GUISLAIN ; 1833, — *Dépression mélancolique*, BAILLARGER, 1843 ; — *Stupidité primitive*, SAUZE, 1853 ; — *Stupidité légère*, DELASIAUVE, 1861 ; — *Catalepsie*, AUZOUY, 1861 ; — *Stupidité sans délire*, FOVILLE, 1862 ; — *Lypémanie stupide*, H. DAGONET, 1872 ; — *Stupeur anergique primitive*, H. NEWINGTON, 1874 ; — *Torpeur cérébrale*, B. BALL, 1881 ; — *Mélancolie dépressive*, J. FALRET, 1889 ; — *Aboulie primitive*, RAYMOND et JANET, 1898 ; — *Tristesse passive*, G. DUMAS, 1900 ; — *Mélancolie intermittente*, Gilbert BALLEST, 1902 ; — *Asthénie*, PAUL-BONCOUR et PHILIPPE, 1905 ; — *Asthénie primitive par insuffisance*, A. DESCHAMPS, 1907 ; — *Aboulie motrice*, R. DE FURSAC et CAPGRAS, 1909.

I

L'asthénie primitive a été observée par un grand nombre de médecins. Elle a été confondue le plus souvent avec la mélancolie. Esquirol l'a décrite incidemment sans la nommer dans une étude sur le suicide et l'a distinguée le premier de la mélancolie (1821). Jean-Louis Brachet l'a isolée et lui a donné le nom que nous lui gardons (1829).

« Il est des individus, dit Esquirol, qui à la suite de causes physiques ou morales variables tombent dans l'affaïssement physique, dans le découragement moral...

Ils se plaignent... d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêchent de penser et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêchent d'agir. Ils ne font pas de mouvement, ils aiment à rester couchés ou assis ; ils s'impatientent lorsque l'on veut leur faire faire de l'exercice. Ils abandonnent leurs occupations ordinaires, sont indifférents pour les objets de leurs affections ; ils ne s'occupent plus d'affaires, ils ne veulent ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire. » Esquirol note le manque d'appétit, la constipation et quelquefois chez les femmes l'arrêt de la menstruation. Il observe quelques douleurs vagues que n'accompagne aucun désordre grave de la santé : une douleur sourde de la tête, des chaleurs d'entrailles, une gêne à l'épigastre. Il indique le caractère de la douleur morale. C'est une anxiété justifiée par une réelle déchéance sociale et qui pousse les malades au suicide. « Affligés de cet état, ils ont des idées noires ; enfin désespérés de leur nullité ou prétendue nullité qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament et quelquefois se la donnent, voulant cesser de vivre parce qu'ils croient ne pouvoir plus remplir leurs devoirs de famille ou de société. Les malades ne déraisonnent pas ; leur impulsion au suicide est d'autant plus forte qu'ils ont eu plus d'occupations habituelles et plus de devoirs à remplir. » Leur suicide n'est donc pas motivé par une idée absurde mais par la constatation exacte de leur impuissance ; il diffère complètement en cela du suicide des mélancoliques délirants.

Esquirol remarque enfin la durée très variable de

l'affection. Il découvre le caractère typique de son évolution : la périodicité. Il mentionne l'alternance possible avec la manie. « J'ai vu, dit-il, cette maladie persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans. Je l'ai vue alterner avec la manie, avec la santé parfaite. Quelques malades étaient pendant six mois maniaques ou bien portants et pendant six mois accablés par le sentiment de leur impuissance physique, intellectuelle et morale. »

Il donne deux observations.

La première est celle d'un maître serrurier de trente-deux ans qui, à intervalles irréguliers, sans cause apparente, tombe dans un profond abattement. Il ne quitte pas le lit, cesse de surveiller ses ouvriers, de diriger les travaux, se trouve privé de la force nécessaire pour conduire à bien ses entreprises, incapable de rien. Il juge très bien de sa situation, est importuné par les conseils de sa femme, désespéré d'être une charge à sa famille, de ne pouvoir guérir et pense au suicide. Au bout de huit jours tout à coup il est bien et retrouve toute son activité. Cet état s'est reproduit dix à douze fois.

L'autre observation est celle d'une femme de trente-quatre ans qui abandonne de même ses occupations ordinaires, les soins du ménage et a une tentation de suicide provoquée par le chagrin de n'être plus bonne à rien. Au bout de cinq mois elle guérit et six mois après elle retombe dans « la même apathie, le même désespoir d'être incapable de rien et de ne pouvoir guérir jamais ¹ ».

1. E. ESQUIROL. Article *Suicide*. *Dictionnaire des Sciences médicales*, Paris, 1821. (*Des maladies mentales*, Paris, 1838, tome I, p. 555-559.)

Esquirol ne classe pas cette affection. Il la sépare seulement de la lypémanie et la rapproche du spleen des Anglais. Il n'a voulu que signaler « une variété de suicide dont les auteurs n'ont point parlé ».

Sept ans plus tard Jean-Louis Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, observa un cas typique d'asthénie primitive et le décrivit comme tel.

Le 10 avril 1828 il fut appelé auprès de M^{me} Clavel, jeune femme de vingt-six ans, bien portante jusque-là et « naturellement douée de beaucoup de vivacité ». Depuis deux mois sans cause connue et sans souffrance elle avait commencé à sentir moins de courage et moins de force. Il la trouva « dans un état de nonchalance et d'apathie extraordinaire ». Aucune fonction n'était troublée, toutes étaient ralenties. La sensation : « les sens étaient dans une intégrité parfaite mais ils étaient moins susceptibles d'application. Elle entendait et elle voyait très bien, mais ces sens ne réveillaient en elle ni plaisir ni désir ; la lumière et le son produisaient une sensation passagère et fugitive et sans causer ni laisser d'impression vive. » L'attention : « M^{me} Clavel comprenait bien et répondait juste à tout, sans poursuivre aucune idée et sans prendre part à la conversation quelque'intéressante qu'elle fût. Sans penser à rien elle paraissait distraite. » La mémoire : « quand on lui parlait de quelque chose d'antérieur elle se le rappelait très bien mais s'il fallait le chercher dans sa mémoire elle ne pouvait s'en donner la peine. » L'émotion : « quoique sensible, vive, prompte et passionnée, elle voyait tout avec calme, rien ne pouvait l'émouvoir ; les objets qui lui

étaient les plus chers ne paraissaient pas l'intéresser. » Les mouvements : « étaient lents et sans énergie. Elle fléchissait sur ses jambes. Sa voix était faible ; elle ne pouvait parler que peu et quoiqu'elle chantât bien elle ne le pouvait plus. »

Les fonctions du cœur et de l'appareil digestif subissaient le même ralentissement. Le pouls était faible et lent : soixante pulsations à la minute. « L'appétit se faisait peu sentir et était bientôt apaisé. Les aliments ne lui causaient ni plaisir, ni envie... Elle mangeait peu, ce qu'elle mangeait se digérait avec lenteur... Les évacuations se faisaient longtemps attendre ; elle demeurait quelquefois huit jours sans aller du ventre. » Elle avait naturellement maigri. En somme « toutes les fonctions s'exécutaient mais avec lenteur ; les organes en particulier et l'économie en général étaient privés de force et d'énergie. » Cette faiblesse, cette lenteur, ou pour employer le mot de J.-L. Brachet cette *asthénie* générale semblait bien constituer toute la maladie. M^{me} Clavel ne souffrait pas. « Elle ne se plaignait de rien et elle disait ne point souffrir. Elle ne sentait que la faiblesse et le besoin de se reposer. » Il n'y avait aucun symptôme d'une affection organique. « Les traits de la face n'étaient point altérés... La langue était naturelle, humide, la soif nulle... La région épigastrique et l'abdomen n'étaient ni douloureux à la pression, ni durs, ni tendus, ni ballonnés ; aucun organe n'y paraissait ni engorgé, ni malade... Les urines étaient naturelles. La peau était souple et sèche. »

Le traitement fut anodin : quinquina, camphre, valé-

riane. Au bout de douze jours la malade vint elle-même rendre visite à son médecin. Elle n'éprouvait plus qu'un peu de faiblesse dans les mouvements. Elle ne pouvait pas encore s'appliquer longtemps au même objet. Le pouls était à soixante-dix pulsations. Quinze jours après, les forces physiques et l'activité morale et intellectuelle étaient revenues à leur état primitif. Au total l'accès avait duré environ trois mois. Nous ne savons pas l'histoire postérieure de la malade ¹.

Jean-Louis Brachet préparait alors un mémoire sur la question suivante posée par la Société royale de médecine de Bordeaux : *Existe-t-il un état asthénique primitif ? S'il existe, en indiquer les caractères et l'étudier dans les différents organes*. Il avait réuni une quinzaine d'observations dans lesquelles l'asthénie était secondaire soit à une compression cérébrale, à une viciation du sang, à une phlegmasie, ou à une vive douleur physique ou morale. Dans le cas de M^{me} Clavel il fut frappé surtout par le ralentissement du cœur. Il admit que dans ce cas la faiblesse « n'était pas partie du système nerveux central mais du système nerveux ganglionnaire », que ce dernier avait été frappé non pas d'une inflammation quelconque des plexus mais d'une simple « affection débilitante », d'une *asthénie primitive ganglionnaire* qui avait entraîné par contre-coup l'asthénie générale. Quelle que soit la théorie acceptée, l'observation de M^{me} Clavel diffère

1. J.-L. BRACHET. *Mémoire sur l'asthénie*, Paris, 1829. Observation XVI, p. 160-163. — Cette observation a été reproduite par J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Annales médico-psychologiques*, mai 1911. Observation X.

des autres observations publiées par Jean-Louis Brachet. L'asthénie n'y a pas d'antécédent cliniquement observable, traumatique, ni infectieux, ni toxique, ni émotionnel. Elle naît sans cause apparente et disparaît de même. Cliniquement elle est primitive.

Par malheur, le mot asthénie auquel Jean-Louis Brachet s'efforçait de donner un sens clinique précis, avait dans la langue médicale une autre acception plus vague, plus ambitieuse et déjà discréditée. Pour Brown l'asthénie était une opportunité morbide, pour Broussais un défaut d'irritabilité. Elle n'était pas une maladie vraie mais la cause occulte d'un groupe de maladies. Le mot suivit la décadence des théories qui l'avaient mis en vogue. Le mot *adynamie* qui aurait pu le suppléer avait pris, sous l'influence de Pinel, un sens plus détourné encore. Il avait succédé à l'ancien mot *putridité*. Il s'appliquait aux fièvres dites putrides. Aujourd'hui encore il sert surtout à désigner l'asthénie secondaire de la fièvre typhoïde. Les mots ont leurs destins. Tombés en disgrâce il faut une nécessité bien pressante et bien longue pour qu'ils reviennent en faveur. Faute de l'excellent mot asthénie, l'affection décrite par Esquirol et Jean-Louis Brachet perdit son individualité. Elle disparut en apparence. Il faut rechercher son histoire à travers celle d'autres formes cliniques, surtout de la mélancolie, de l'hypocondrie, de la stupeur et de la neurasthénie.

Les malades d'Esquirol et de Brachet cessèrent en effet pendant longtemps d'intéresser les médecins d'hôpitaux parce qu'ils ne présentaient aucune lésion orga-

nique. Mais ils furent rencontrés par la plupart des aliénistes. Comme ils ont un air d'abattement et de tristesse, ils furent considérés le plus souvent comme des mélancoliques. Grave confusion, qui a embrouillé tout un chapitre de la médecine mentale. Pour eux furent créées une *mélancolie sans délire*, une *dépression mélancolique*, une *tristesse passive* qui furent prises pour des formes atténuées de la mélancolie alors qu'elles ont en réalité, on essaiera de l'établir, avec la mélancolie vraie une différence de nature.

D'autres observateurs remarquèrent judicieusement que la tristesse de ces malades, quand elle existe, a un caractère bien différent de celle des mélancoliques. Elle a en effet un motif spécial, toujours le même : la diminution des forces et la déchéance qui en résulte. On fut donc tenté de les appeler hypocondriaques. Mais si la diminution des forces est réelle, en quoi la tristesse qu'elle cause est-elle excessive ? Elle n'est que trop justifiée. C'est l'indifférence qui serait anormale. On est conduit par là à ne considérer dans ces états la douleur morale que comme une réaction naturelle, comme un caractère secondaire, surajouté, inconstant qui ne peut servir à les définir.

La mélancolie et l'hypocondrie mises hors de cause, il ne restait guère d'ouvert que le cadre de la stupeur et de la stupidité. Rien de plus complexe que l'histoire des formes stupides jusqu'au jour où s'en dégage le type clinique de la confusion mentale¹. L'asthénie primitive

1. Cette histoire est faite dans Ph. CHASLIN. *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895, p. 1-84.

s'y trouve jusque-là rapprochée de délires hallucinatoires d'origine toxique qui impliquent souvent une asthénie secondaire mais qui offrent avec l'asthénie primitive des différences cliniques considérables.

Enfin quand la médecine commune fut revenue à l'étude attentive des maladies sans lésion le cadre nouveau de la neurasthénie engloba avec l'asthénie primitive, l'ancienne hypocondrie, les obsessions et la série des menus troubles de l'émotivité. Puis il y eut une tendance à disjoindre de la neurasthénie les troubles émotionnels et à étudier à part le trouble fondamental, la diminution des forces, l'*asthénie* proprement dite. C'est ainsi que le vieux mot de Jean-Louis Brachet eut une renaissance. Grâce à lui on put isoler de nouveau un syndrome clinique très défini.

Ce coup d'œil d'ensemble permettra de suivre l'histoire obscure, presque souterraine de cette forme clinique.

II

Esquirol avait admis que le délire est essentiel à la mélancolie. Contrairement à lui, Joseph Guislain créa en 1833, le terme de *mélancolie sans délire* et l'appliqua à un état de tristesse ou d'abattement sans aberration notable de l'imagination, du jugement ni de l'intelligence¹. Cette conception avait le tort de confondre les asthéniques avec les mélancoliques non délirants. Elle avait l'avan-

1. J. GUISLAIN. *Traité sur les phrénopathies ou doctrine nouvelle des maladies mentales*. Bruxelles, 1833. — 2^e édition, Bruxelles, 1835, p. 187.

tage de leur réserver ensemble dans le groupe des mélancoliques une place à part. Elle fut acceptée généralement.

En 1843 Baillarger examina soigneusement les malades de cette sorte. Il trouva dans leur mélancolie un état tout passif, une sorte d'oppression des forces. « Ils répondent lentement et brièvement, cherchent ce qu'ils ont à dire. Il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas ce n'est point par suite d'un projet arrêté, c'est par une sorte d'apathie, de paresse, d'embarras intellectuel. » Ils ont en somme « un engourdissement physique et moral, une tristesse sans motif. C'est une mélancolie sans délire ou, si l'on veut, l'ennui porté au plus haut degré ¹. » « Ils sont, ajoutait-il en 1865, inertes, prostrés, profondément découragés mais ils affirment après leur guérison qu'ils n'avaient aucune idée délirante. Plusieurs déclarent seulement qu'ils craignent de ne pas guérir et de rester toujours dans l'incapacité où ils se trouvent. » L'incapacité est réelle, profonde, constante. Elle les distingue de « cet hypocondriaque qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance ². » En 1890, il est vrai, Baillarger revint sur son opinion. Il admit qu'il y a ordinairement dans cet état des conceptions délirantes mais moins nettes que dans la vraie mélancolie ³.

1. J.-M. BAILLARGER. De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *Annales médico-psychologiques*, 1843, I, p. 259. (*Recherches sur les maladies mentales*. Paris, 1890, p. 118.)

2. J. BAILLARGER, note à W. GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*, 2^e édition, traduite par Doumic, Paris, 1865, p. 269-270.

3. J. BAILLARGER. De la mélancolie avec stupeur. Note complémentaire. *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, 1890, tome I, p. 668.

Baillarger fait d'un tel état le premier degré de la stupeur. Il ne songe pas à le distraire de la mélancolie parce que d'après lui le plus haut degré de la stupeur dissimule toujours un délire mélancolique très actif. On peut contester avec Delasiauve que cette remarque s'applique à tous les cas de stupeur grave et en tout cas, qu'un état « tout passif » ait rien d'analogue avec la stupeur des mélancoliques.

Morel en 1852 décrit une *lypémanie primitive ou simple, sans délire* qui, elle, est une mélancolie authentique. Un état moral douloureux, une « émotion déchirante » en constituent l'élément fondamental. C'est la mélancolie de Corinne après le départ d'Ostwald ¹. C'est celle que Jules Falret admit plus tard sous le nom de *mélancolie avec conscience*. L'asthénie y est secondaire à la douleur morale. Morel a décrit aussi un *délire asthénique* qui est une confusion mentale grave à forme typhoïdique ². Là encore l'asthénie est secondaire.

Entre 1851 et 1854 la découverte de la folie à double forme attira l'attention sur un état d'asthénie vraie qui a pour particularité d'alterner avec un état maniaque et de se reproduire de façon périodique. Pour se conformer aux habitudes prises, on lui laissa d'ordinaire le nom de mélancolie. Mais presque tous les observateurs prirent soin de distinguer cette mélancolie spéciale de la mélancolie vraie.

Jean-Pierre Falret en 1851 y voit une suspension de l'intelligence, un affaissement. C'est le fond de la

1. B.-A. MOREL. *Etudes cliniques*, Paris, 1852, tome I, p. 386-391.

2. *Ibid.* Tome I, p. 140.

mélancolie « sans son relief », c'est-à-dire sans le délire¹.

Billod en 1852 parle d'une « teinte de mélancolie² ».

Baillarger en 1854 déclare formellement qu'il ne s'agit pas de la mélancolie ordinaire, non plus que de la manie ordinaire mais d'une espèce nouvelle, la folie à double forme. C'est pourquoi il n'emploie pas le mot de mélancolie mais celui de *dépression mélancolique* qui a été généralement accepté. Il se sert aussi des mots engourdissement, abattement, spleen, indifférence, inertie, torpeur. Il décrit ainsi la période d'*engourdissement* d'une malade : « La voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême. Bientôt... la malade reste sur sa chaise, immobile ; tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour la fatigue. M^{lle} X... apprécie très bien ce qui se passe autour d'elle ; elle comprend les questions qu'on lui adresse mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes et à voix si basse que l'on ne saisit qu'incomplètement ce qu'elle dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre ; le pouls est petit et lent... quand cet état a duré quinze jours il cesse tout à coup pendant la nuit et la torpeur générale est remplacée par une exaltation très vive³. »

1. J.-P. FALRET. Leçons faites à la Salpêtrière. De la marche de la folie. *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1851.

2. E. BILLOD. Les intervalles dits lucides chez les aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1852, p. 366.

3. J. BAILLAGER. De la folie à double forme. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 31 janvier 1854, tome XIX. Observation I, p. 342.
— M^{lle} X..., vingt-huit ans. Plusieurs accès de manie de seize à dix-

La même année Jean-Pierre Falret explique ainsi sa pensée : « Il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés comme dans les mélancolies ordinaires mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives ¹. »

Les cliniciens ont précisé depuis le tableau de cette dépression. Toujours la diminution des forces est au premier plan ; le délire mélancolique est presque toujours absent. Voici le tableau que trace Marcé en 1862. Il s'applique en général à la mélancolie sans délire et en particulier à la période dépressive de la folie à double forme. « La dépression existe seule et elle amène une telle impuissance, un tel anéantissement qu'elle détermine un véritable état d'aliénation. Les malades conservent une appréciation assez nette de leur position ; ils la déplorent, ils se lamentent sur leur impuissance et néanmoins ils opposent une force d'inertie invincible à tous ceux qui essayent de les faire sortir de leur immobilité. On les voit négliger leur toilette, les soins de leur ménage, leurs affaires les plus importantes, rechercher le silence, l'isolement et faire en vain des efforts pour secouer le poids qui pèse sur leur

huit ans. Accès à double forme depuis l'âge de vingt et un ans. Durée de l'accès, un mois ; quinze jours de dépression, quinze jours d'excitation. Intermittences de deux à trois mois. (Cette observation est reproduite dans A. RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883, p. 55.)

2. J.-P. FALRET. *Leçons cliniques de médecine mentale*, première partie, Paris, 1854, p. 249. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 14 février 1854, tome XIX, p. 382.

intelligence. » Une malade « passait ses journées inoccupée, debout, immobile dans un coin de sa chambre. Elle demandait d'une voix dolente à rester en repos, pleurait, résistant et se désespérant toutes les fois qu'il fallait s'habiller et manger. Pour la faire agir, pour obtenir d'elle un mot de réponse, il fallait des excitations incessantes. Jamais elle ne s'exprimait autrement que par monosyllabes et cependant les conceptions délirantes avaient totalement disparu ¹; elle appréciait nettement sa situation ainsi que les affaires de famille qui lui étaient soumises, écrivait à ses enfants des lettres très sensées et leur donnait les meilleurs conseils. Après plusieurs mois, cette malade finit par entrer en convalescence ². » Marcé est étonné de trouver une dépression profonde qui n'est motivée par aucune conception délirante. Il va jusqu'à penser que les deux éléments, délire et dépression, sont en proportion inverse. Plus la dépression est profonde moins le délire a d'activité et vice versa. Et quelquefois la dépression existe seule sans aucune conception délirante ³. Il aurait pu ajouter sans douleur morale, mais il eût fallu renoncer alors au terme de mélancolie.

Achille Foville fils, en 1872, décrit ainsi la période *mélancolique* de la folie à double forme : « Les malades se tiennent à l'écart, n'expriment plus ni sympathie, ni antipathie, ne paraissent s'intéresser à rien, restent

1. Dans cette observation il s'agit d'un cas où l'asthénie pure succède à un accès de mélancolie délirante avec agitation.

2. L.-V. MARCÉ. *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 324.

3. *Ibid.*, p. 312, 324.

inertes et apathiques. Entièrement passifs ils ne paraissent plus avoir aucune volonté et ne manifestent même aucun désir. Le plus souvent ils refusent de sortir, restent enfermés chez eux, se tiennent même complètement immobiles et silencieux. Dans ces dispositions rien ne leur fait plus envie ; ils deviennent parcimonieux, avares et oublient de se procurer ou de remplacer les objets les plus nécessaires. Quelques-uns s'occupent encore un peu mais aux choses les plus simples, sans entrain, sans initiative, d'une manière passive et routinière. Humbles et réservés ils n'articulent plus la moindre plainte, ne réclament rien, paraissent résignés à tout. Ils ont le regard éteint, la physionomie morne ou hébétée, la voix tellement basse et sourde qu'on a souvent beaucoup de peine à entendre ce qu'ils disent... Le teint est terne, l'appétit paresseux, la digestion pénible, la constipation souvent opiniâtre. En même temps la circulation, la respiration se ralentissent, parfois la menstruation s'arrête, toutes les fonctions semblent enrayées ¹. » Foville admet, il est vrai, qu'ensuite peuvent apparaître des idées délirantes, des angoisses, des hallucinations terrifiantes. De tels symptômes sortent du cadre de l'asthénie mais ils sont loin d'être constants, ni habituels. En 1882, Foville revient sur la même description et y ajoute ces mots caractéristiques : « Ils ont une indifférence générale, *un état analogue à l'hibernation*. Ils paraissent étrangers à tout ce qui les

1. Ach. FOVILLE fils. Article Folie à double forme. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (Jaccoud), tome XV. Paris, 1872, p. 326.

entoure et cependant ils écoutent et retiennent ce qui se dit et ce qui se fait. » Ils ont horreur du mouvement. Ils parlent peu ou point, répondent à contre-cœur, d'une voix basse, presque inintelligible. L'appétit est nul, la constipation rebelle, le sommeil habituellement calme¹.

C'est Jules Falret en 1878 qui a parachevé le tableau. Dès le début il met en lumière le fait essentiel. « Un fait général, important à signaler, domine tous les autres : c'est que l'état mélancolique est plus caractérisé chez ces malades par le fond même de la dépression... que par les conceptions délirantes tristes qui, lorsqu'elles existent, n'y jouent qu'un rôle très secondaire... Ils sont affaissés, déprimés et disposés à l'immobilité. Ils ont une tendance naturelle à rester assis ou couchés et ne se livrent au mouvement que quand ils y sont contraints et forcés... Ils ont perdu toute leur activité physique et morale et ils ont conscience de cette *insuffisance de leurs forces physiques et intellectuelles*... Leur intelligence est ralentie dans son mouvement et obscurcie dans la netteté de ses conceptions. Ils n'ont presque plus d'idées et ne peuvent plus penser. Toute réflexion et toute conversation leur demandent un grand effort et deviennent pour eux une fatigue qu'ils cherchent à éviter à tout prix. » Les sécrétions sont moins abondantes, le nombre des respirations est diminué, le pouls est très ralenti, les urines sont rares. « Ils restent chez eux pendant des journées entières, pendant des semaines et

1. Ach. FOVILLE fils. La folie à double forme. *Brain*, juillet 1882 (Analyse par R. de MUSGRAVE CLAY. *Annales médico-psychologiques*, 1885, II, p. 450.)

même pendant plusieurs mois dans la plus complète inaction. Dans les cas extrêmes ils ne songeraient même pas à manger ou à accomplir les actes les plus indispensables de la vie si on ne veillait pas sur eux. »

Parfois la stupeur est complète. On pourrait la prendre pour l'état appelé stupeur mélancolique. Finement Jules Falret fait la distinction : « Les malades restent alors absolument immobiles dans un coin, debout ou assis, la tête et les yeux baissés, ne proférant plus une seule parole, ne répondant à aucune question, ayant quelquefois les extrémités enflées et bleuâtres et présentant ainsi à première vue l'aspect extérieur des malades atteints de la forme de mélancolie à laquelle on a donné le nom de mélancolie avec stupeur. Mais il ne faut pas s'y tromper et ce ne sont là que des apparences. Ces malades muets et immobiles, paraissant plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement et assistent bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui se passe au dehors. Ils semblent étrangers au monde extérieur mais en réalité ils voient et ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux. Ils y assistent si bien que plus tard ils peuvent rendre compte avec beaucoup de détails de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité, au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis¹. »

1. J. FALRET. La folie circulaire ou folie à formes alternes. *Archives générales de médecine*, décembre 1878. (*Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890, p. 585-590.)

La stupeur de ces malades est aussi spéciale que leur mélancolie puisqu'elle ne s'accompagne ni d'idées tristes ni de suspension de l'attention. Comme leur *mélancolie* elle se ramène à cette sorte d'engourdissement physique et mental qui, dans toutes les descriptions, est le fait caractéristique, primordial.

En 1889, dans une discussion instituée à la Société médico-psychologique sur les variétés de mélancolie, Jules Falret distingua : 1° la *mélancolie avec conscience*, qui est une vraie mélancolie, avec douleur morale essentielle, dans laquelle les malades conservent une grande lucidité et constatent les changements survenus dans leur émotivité : « ce sont des hypocondriaques au moral analogue aux hypocondriaques physiques » ; 2° la *mélancolie dépressive* qui correspond à l'asthénie et qui arrive dans les cas graves à la stupeur et à la stupidité. Les deux formes sont curables et les deux sont ordinairement intermittentes ¹. Benjamin Ball avait déjà fait plus confusément une distinction analogue, mais inverse. Dans la description de Ball, c'est la mélancolie dépressive qui correspond à la tristesse vraie et la mélancolie avec conscience à l'asthénie ².

Depuis Jules Falret, il est devenu classique d'opposer la mélancolie dépressive de la psychose périodique à la mélancolie franche. Gilbert Ballet, en particulier, a établi plusieurs fois le diagnostic. Pour lui, les trois

1. J. FALRET. De la mélancolie et de ses diverses variétés. Société médico-psychologique. Séance du 11 novembre 1889. *Annales médico-psychologiques*, 1890, I, p. 88-92.

2. B. BALL. *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1880, p. 227-232. — De la mélancolie. *L'Encéphale*, 1888, n° 3, p. 292-304.

symptômes de la *mélancolie intermittente* (*mélancolie dépressive* de Jules Falret) sont l'apathie, l'anesthésie morale et l'incapacité au travail. Il n'est pas question de la douleur morale qui est le symptôme essentiel de la mélancolie franche¹.

III

Les malades qui nous intéressent ont été observés aussi en dehors du cadre de la mélancolie. Ils ont été classés sous les noms les plus divers.

En 1853, Sauze observe un jeune homme de vingt-trois ans qui a été assailli par des malfaiteurs et qui, deux jours après, tombe dans un état de stupeur qui dure dix mois. « Sa figure est éteinte, son regard hébété, sans expression... Il faut le faire manger. On ne peut lui arracher aucune parole ni parvenir par aucun moyen à fixer son attention. » Trois semaines plus tard « il ne peut se tenir debout, il se laisse tomber quand on essaie de le lever... On peut approcher vivement des yeux divers objets sans déterminer l'occlusion des paupières ». La constipation est opiniâtre, le pouls lent et petit, la langue saburrale, la face pâle. Au bout de deux mois léger progrès. Il ne répond pas aux questions mais semble les comprendre. Au bout de dix mois il guérit et interrogé, il peut décrire exactement ce qu'il éprouvait. « Il ne pensait à rien,

1. Gilbert BALLEZ. La mélancolie intermittente. *La Presse médicale*, 14 mai 1902.

ne sentait rien. Il n'a jamais eu d'idée triste, ni d'hallucination pénible. Il ne répondait pas aux questions, parce qu'il ne *pouvait* pas parler. Il se rappelle tous les détails de sa maladie. » Sauze nomme cet état *stupidité primitive* ou *stupidité franche* et montre qu'il ne peut être confondu avec le délire triste¹.

Depuis Georget (1820), Loyer-Villermay (1821), Etoc-Demazy (1833), Ferrus (1838) et Delasiauve (1851), la *stupidité* englobait, à côté de cas analogues à celui-là, une partie de ceux qui sont rangés aujourd'hui dans la confusion mentale. « Les aliénés stupides, dit Georget, paraissent être dans un état complet d'anéantissement moral. Ils sont indifférents à tout ce qui les entoure, insensibles à l'action des objets environnants ; leur extérieur annonce une tranquillité parfaite². » « Le malade, dit Loyer-Villermay, a le regard indécis et stupide ; il conçoit avec difficulté les questions qu'on lui fait et n'y répond qu'avec peine ou pas du tout. Il paraît accablé par le sommeil, il oublie de retirer sa langue qu'il a montrée au médecin. Il ne se plaint d'aucune sensation incommode, d'aucun mal, il ne paraît prendre aucun intérêt à ce qui se passe autour de lui³. » Delasiauve décrira ainsi la *stupidité légère* qui correspond assez bien à l'asthénie légère : « Le

1. V. SAUZE. Frayeur. Stupidité primitive, etc. *Annales médico-psychologiques*, 1853, p. 344. — Voir aussi V. SAUZE. *De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement*. Thèse. Paris, 1852. *Etudes médico-psychologiques sur la folie*. Paris, 1862. Première étude. De la stupidité.

2. GEORGET. *De la folie*. Paris, 1820, p. 115.

3. LOUYER-VILLERMAY. Article Stupeur. *Dictionnaire des sciences médicales*, tome LXIII, 1821, p. 67.

malade comprend, entretient la conversation, s'occupe mais avec nonchalance et hésitation... Le plus souvent il ne se plaint d'aucune souffrance corporelle ou mentale. Nulle idée de persécution, nulle tristesse; tout au plus a-t-il une vague conscience d'un *engourdissement* dans sa tête, de son impuissance psychique. C'est une machine sans moteur, un foyer sans flamme¹. »

Georget avait défini la stupidité : l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée²; Ferrus : l'abolition ou plutôt la suspension rapide, apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales³; Delasiauve : « une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée aboli ou entravé, une disposition enfin pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes, comme paralysées⁴. » Ces définitions s'appliquent à une partie du syndrome asthénique, à l'asthénie psychique. Elles omettent d'indiquer la concomitance rigoureuse de l'asthénie psychique et de l'asthénie musculaire.

Etoc-Demazy pensait que la stupidité n'est pas une forme clinique distincte, mais une complication de la manie et de la monomanie⁵. Baillarger⁶, plus précis,

1. DELASIAUVE. De la stupidité légère. *Journal de médecine mentale*, 1861 (cité par Ph. Chaslin. *La confusion mentale primitive*, p. 37).

2. GEORGET. *De la folie*, p. 115.

3. FERRUS. Cours sur les maladies mentales. *Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 600.

4. DELASIAUVE. Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *Annales médico-psychologiques*, 1851, p. 380.

5. ETOC-DEMAZY. *De la stupidité considérée chez les aliénés*, Paris, 1833.

6. J. BAILLARGER. De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité. *Annales médico-psychologiques*, 1843, I.

admettait qu'elle est toujours une complication de la mélancolie ? Une discussion célèbre s'était engagée entre Delasiauve et Baillarger ; le premier prétendait maintenir à la stupidité son existence propre, le second voulait la faire entrer dans la mélancolie. L'observation de Sauze venait à l'appui de l'opinion du premier.

En 1861, Auzouy voit un homme de quarante ans tomber dans un engourdissement et une apathie invincibles. « Toute locomotion lui devient importune et pénible. Il s'assied et demeure immobile, oubliant parfois de donner satisfaction à ses besoins les plus naturels... Il n'exécute que les mouvements qu'on lui communique. Il passe ses jours à la même place, dans la même posture, ne bougeant pas plus qu'une statue. Laisse à lui-même, il se voûte et se recroqueville, refusant obstinément de lever la tête et de répondre aux questions qu'on lui adresse. Les extrémités des membres deviennent le siège d'un empâtement violacé... Au bout d'un certain temps, la stupeur est parvenue au plus haut degré. » Un phénomène surtout frappe l'observateur. « Il tient à la main un mouchoir que le gardien y a placé et sa main demeure tendue en avant sans que le malade fasse effort pour se mouvoir ni pour remettre le mouchoir dans sa poche. Je soulève son bras gauche et ce bras demeure indéfiniment dans cette position. On imprime aux doigts des positions anormales et bizarres qui persistent comme si la main était de cire. Chaque jour nous soumettons le malade à de nouvelles attitudes parfois fort gênantes, il se maintient comme un mannequin jusqu'à ce qu'on les fasse cesser. » Au bout de

six mois ce phénomène disparaît. L'état s'améliore; le malade garde une répugnance pour les exercices gymnastiques, mais il conduit volontiers une brouette dans les chantiers¹.

Ce cas peut faire penser à une démence de la forme qu'on a appelée catatonique. Il semble cependant, d'après l'observation, que l'état ait été passager. Auzouy hésite pour le nommer entre mélancolie et *catalepsie*. En réalité ni l'une ni l'autre ne conviennent. La mélancolie est aussi douteuse que dans le cas de Sauze. Quant à la catalepsie, Jules Falret avait montré que ce nom ne peut s'appliquer qu'à un symptôme, la raideur cataleptique, qui se rencontre dans des états essentiellement différents les uns des autres². On est ramené comme dans le cas de Sauze au diagnostic entre mélancolie et stupidité.

En 1862, Foville décrit avec soin un cas de *stupidité sans délire* et montre avec force qu'il n'y entre rien de la mélancolie. Un jeune homme de vingt-quatre ans, après un accès de manie, tombe dans la stupeur. Il est constamment immobile, ne répond à aucune question, gâte, laisse la salive couler de sa bouche. Il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Au bout de huit mois, il guérit. « De ses récits, il ressort que pendant sa maladie son esprit était comme engourdi; les opérations intellectuelles étaient à peu près nulles et il se sentait anéanti. Malgré l'engourdissement de son

1. AUZOUY. Mélancolie, catalepsie. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, tome I, 1861, p. 280.

2. J. FALRET. De la catalepsie. *Archives générales de médecine*, 1857.

esprit, il a toujours eu conscience des circonstances extérieures ; il a su où il était, il a remarqué le changement de médecin, il entendait les questions qu'on lui posait ; s'il n'y répondait pas c'est qu'il n'en avait pas la force. Mais cette situation mentale n'avait rien de pénible ; il n'en éprouvait aucun chagrin, aucune tristesse. Il a eu conscience de l'état extrêmement grave où il se trouvait et a cru qu'il allait mourir mais il n'en a pas été affecté : son intelligence assistait à ce qui le concernait lui-même. Jamais, à aucune époque, et je l'ai retourné de toutes les manières pour n'avoir pas de doute à ce sujet, il n'a eu aucune hallucination, ni aucune idée délirante ; rien ne lui faisait peur, il n'a jamais rien vu, rien entendu, rien senti qui fût de nature à l'effrayer ni qui lui fit une loi du silence. L'anéantissement a disparu peu à peu ; il a senti les idées revenir et s'enchaîner logiquement ; enfin il a pu parler et s'est trouvé heureux de se sentir rétabli ¹. »

Il s'agit d'un cas de stupeur asthénique bien distingué de la stupeur mélancolique. Il vient à l'appui de la doctrine de Delasiauve.

A l'appui de la doctrine de Baillarger, Dagonet, en 1872, défend le terme de *lypémanie stupide*. « La lypémanie, explique-t-il, peut être caractérisée par des impulsions au suicide, indépendantes de toute autre manifestation délirante. C'est la dépression morale portée au plus haut degré, le spleen des Anglais, le

1. FOVILLE. Stupidité sans délire. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, tome II, 1862 (cité par J. TASTEVIN. Les dys-thénies périodiques. *Annales médico-psychologiques*, 1911. Observation IX).

tædium vitæ, le dégoût de la vie. Le malade indifférent à tout, insensible aux témoignages de la plus sincère affection, reste dans un état de prostration et d'abattement dont rien ne peut l'arracher. » On reconnaît les malades décrits par Esquirol à propos du suicide. « Cette disposition, dit Dagonet, peut se transformer en stupidité ¹. »

En 1874, Hayes Newington refuse d'appliquer à des cas analogues le nom de lypémanie et propose celui de *stupeur anergique primitive* ².

En 1881, Benjamin Ball décrit la *torpeur cérébrale*. C'est un état particulier d'engourdissement de la pensée. « Il est des malades qui, soit après une émotion violente, soit après une perturbation profonde de la santé, soit après une fatigue intellectuelle portée au delà des justes limites, tombent dans un état de prostration mentale qui semble abolir momentanément leurs facultés. Non seulement tout travail de l'esprit leur est absolument impossible, mais encore la mémoire est affaiblie, le jugement indécis, la volonté hésitante et ce qui semble dominer l'ensemble de la situation, c'est une sorte de paresse mélancolique dont l'ombre se projette sur tout l'ensemble moral de l'individu. On pourrait être tenté de confondre cet état avec l'une des formes classiques de la lypémanie : mais une différence profonde sépare ces deux conditions morbides. Dans la torpeur cérébrale, en effet, il n'y a point de conception

1. H. DAGONET. De la stupeur dans les maladies mentales. *Annales médico-psychologiques*, 1872, I, p. 382.

2. Hayes NEWINGTON. On stupor. *The mental Science*, 1874, IV.

délirante, point d'idée fixe, point d'hallucination, point d'impulsion morbide ; on pourrait même ajouter qu'il n'y a point de mélancolie, car la tristesse, d'ailleurs modérée, que présentent ces malades, est motivée et justifiée par le sentiment de leur impuissance et par les conséquences matérielles qui en découlent : la gêne imminente, l'interruption d'une carrière, la perte d'une position sociale sont assurément des motifs bien légitimes de découragement et l'abattement qui en résulte n'a rien de commun avec ce faux pli de l'esprit qui, chez les vrais lypémaniques, détermine un désespoir sans excuse qui ne repose que sur les dispositions intimes de l'être moral... La torpeur cérébrale diffère absolument de la lypémanie par l'absence de conceptions délirantes et d'hallucinations, par la rectitude du jugement et par la conservation de la santé physique. Elle diffère de la *lypémanie avec conscience* par la lenteur et la difficulté des opérations intellectuelles et par le vide de l'esprit¹. »

A l'appui de sa description Ball donne trois observations. Entre autres un homme d'affaires de quarante ans à la suite d'une ruine complète et de quelques jours d'agitation violente tombe dans une torpeur cérébrale qui dure dix-huit mois. Il lui est impossible de travailler, de saisir les détails d'une affaire, de se rappeler en temps opportun les noms, les dates, les chiffres, impossible de prendre une décision. Privé du seul instrument de travail qui lui est resté il a le sentiment de son im-

1. B. BALL. La torpeur cérébrale. *L'Encéphale*, 1881, p. 369-378.

puissance. « Lorsqu'on me présente, dit-il, le dossier d'une affaire, j'ai beau le parcourir il m'est impossible de le comprendre. Ce qui n'était autrefois qu'un jeu pour moi est devenu une difficulté presque insurmontable... Je n'ose point donner un conseil aux clients qui me consultent et je suis forcé d'employer tout ce qui me reste d'intelligence pour les empêcher de s'apercevoir que je ne les comprends pas. » Le jugement reste sain et la santé physique excellente. La tristesse du malade n'est que la conséquence de sa situation¹. — Un professeur de vingt-huit ans tombe brusquement et sans raison dans la même torpeur. Il lui est impossible de rien apprendre par cœur. Les travaux intellectuels les plus simples lui causent un effort extraordinaire. Un billet de quelques lignes l'occupent pendant plusieurs heures. L'intelligence est comme atrophiée. Il éprouve une lassitude constante, un continuel besoin de sommeil et il ne dort pas. Il a une apathie générale, un manque d'énergie morale, la difficulté de prendre un parti quelconque².

La description de Ball met parfaitement en lumière un des éléments de l'asthénie, le ralentissement psychique. L'autre élément, l'affaiblissement musculaire est laissé dans l'ombre. Mais jamais la distinction n'avait été faite si parfaitement de cet état avec la mélancolie.

A un cas analogue Marandon de Montyel en 1883 donne le nom de *stupidité avec conscience*. Le malade

1. B. BALL. La torpeur cérébrale. *L'Encéphale*, 1884, p. 371-373.

2. B. BALL. Un cas de torpeur cérébrale guérie par l'application de courants galvaniques. *L'Encéphale*, 1886, p. 190.

Poch... confiseur, trente-huit ans, est tombé à quatre reprises dans un état qu'il compare à l'enfance des vieillards. Il eut conscience « d'un anéantissement psychique. Il perdait la mémoire, ne savait plus retrouver ses idées ; sa volonté et son énergie faiblissaient. Il arrive un moment où il se reconnut lui-même incapable de travailler... Durant plus d'un mois cette stupidité se prolongea, puis l'intellect ressuscita peu à peu pour recouvrer enfin toute son énergie passée. Poch... après cette nouvelle guérison affirma n'avoir jamais perdu conscience de sa situation. Sans doute il était incapable du moindre effort intellectuel mais cette incapacité, il la sentait ¹ ».

Cette observation ne diffère que par le nom de celles de Benjamin Ball.

Dans la torpeur cérébrale un élément à son tour devait attirer l'attention : l'impuissance de la volonté. On pouvait la confondre avec l'aboulie.

En 1897, Raymond et Pierre Janet présentent aux élèves de la Salpêtrière un homme robuste de cinquante-trois ans, charron de village, qui pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde est tombé dans un état d'incapacité qui dure depuis trois ans, « J'ai l'air solide, dit le malade, et je ne suis bon à rien. Je suis un lâche, un fainéant... D'abord j'ai senti que je ne pouvais plus diriger mes ouvriers, je ne pouvais rien leur commander, je ne pouvais rien décider ; ils ont dû me prendre pour

1. E. MARANDON DE MONTYEL. Recherches cliniques sur la folie avec conscience. *Archives de neurologie*, 1883, n° 38. Observation XIII.

un fou. J'ai essayé alors de travailler moi-même comme autrefois. J'abandonnais tout de suite ma tâche sans savoir pourquoi. Je m'exhortais au travail, je m'injuriais, je me menaçais, je me disais « Tu vois cette planche, eh bien ! tu vas en scier cinquante centimètres sinon tu ne dîneras pas. Je n'ai jamais pu en scier plus de dix et en m'y reprenant à vingt fois. Je ne me lèverais pas de mon lit si ma femme ne m'y forçait. Je sais que je vais ruiner ma famille mais c'est plus fort que moi, je ne puis rien faire ¹ ».

A ce cas Raymond et Janet appliquent le nom d'*aboulie primitive*. C'est apparemment une confusion. Chez leur malade le vouloir ne manque pas, mais le pouvoir. L'aboulie, on le verra plus bas, est un trouble tout différent. C'est une sorte d'impulsion irrésistible à ne pas agir, une inhibition brusque et angoissante. Le charron n'a rien de pareil. Il peut se mettre au travail. Il arrive à scier dix centimètres. S'il ne va pas plus loin c'est qu'il manque de force. Il est un asthénique, non un aboulique.

Le terme également impropre d'*aboulie motrice* est appliqué par Rogues de Fursac et Capgras (1909) à un cas typique d'asthénie qui a duré cinq ans et qui sera cité plus bas intégralement ².

En 1900, Georges Dumas décrit la *tristesse passive*.

1. F. RAYMOND et P. JANET. *Névroses et Idées fixes*, Paris, F. Alcan, 1898, tome II, p. 29-32. Observation VII. — Pas d'antécédents héréditaires. A cinquante ans, fièvre typhoïde grave qui dure un mois. Rechute de six semaines.

2. R. DE FURSAC et CAPGRAS. Un cas d'aboulie motrice simulant la mélancolie chronique et guéri au bout de cinq ans. *L'Encéphale*, 10 avril 1909, p. 352.

Il est facile de reconnaître encore sous cette étiquette les malades qui nous occupent. Ils ont « une mélancolie sans souffrance morale... un sentiment de lassitude qui se traduit par le découragement et la résignation. Je suis fatigué, je n'ai de goût à rien, je n'ai plus de courage, voilà les phrases qu'on leur entend répéter toutes les fois qu'on les presse... Ils sont incapables d'émotions ou de passions violentes ; ils sont comme retirés du monde ; ils éprouvent difficilement la joie, l'amour ou la haine ; ils perdent même dans une certaine mesure les désirs physiques comme la faim, la soif... En même temps ils se rendent compte que sous toutes formes leur vie mentale se ralentit ; ils perçoivent moins vite et moins bien ; ils associent moins facilement leurs idées ; ils évoquent avec difficulté leurs souvenirs ; ils éprouvent de l'apathie, de l'irrésolution... et ils ont la conscience confuse de cette déchéance qui les isole du reste du monde, les replie sur eux-mêmes ¹ ».

Une malade de trente-neuf ans chez qui cet état alterne avec la manie dit qu'elle manque de courage. Elle est lasse dans tous ses membres, elle n'a plus de goût à rien, plus de force pour rien faire. Elle reste tout le jour immobile sur une chaise. Le champ visuel est diminué. Elle est moins sensible aux odeurs ; aux saveurs, aux contacts. Les sensations de faim et de soif sont affaiblies. Elle réagit moins fortement aux émotions. La reproduction des souvenirs s'opère lentement mais sûrement. La fatigue est rapide. Elle donne des réponses

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, Paris, F. Alcan, 1900, p. 29-31.

courtes, monosyllabiques, de plus en plus rares. Elle n'a pas d'hallucination, ni de crainte, ni d'angoisse. Elle ne s'accuse de rien, ne regrette rien, ne redoute rien. Elle dit qu'elle ne pense à rien. Elle appelle son état *l'ennui*. C'est en somme « une paresse physique et mentale, un ralentissement général de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ¹ ».

Le nom de *tristesse* va-t-il à cet état ? En admettant même avec Séglas (1895) que le sentiment d'impuissance soit à la base de la douleur morale ², encore faut-il que la douleur morale soit apparue pour que le nom de tristesse convienne. « On est un peu surpris, dit Charles Féré (1903), de trouver une description d'une mélancolie sans douleur morale ³ ».

Enfin depuis 1880 la *neurasthénie* de Beard est entrée en scène. Elle a attiré l'attention de tous les médecins sur un groupe très vaste de malades au milieu desquels ceux qui nous intéressent furent d'abord perdus. On ne peut faire ici l'histoire de la neurasthénie. Dans les premières descriptions classiques de Beard

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*. Paris, F. Alcan, 1900, p. 29-56. — Parents alcooliques. Intelligence médiocre. — Premier accès d'apathie et d'indifférence à vingt-six ans. Depuis l'âge de trente-six ans, périodes alternantes d'excitation et de dépression qui durent chacune environ quinze jours. Trois internements avant 1900. — L'observation de cette malade a été publiée en partie avant G. DUMAS, par TOULOUSE et VASCHIDE (Temps de réaction dans les deux périodes d'une folie circulaire. *Société de biologie*, 1897) et après lui par A. DELMAS (Troubles portant sur la personnalité chez une malade atteinte de psychose périodique. Société de psychiatrie, séance du 24 juin 1909. *L'Encéphale*, 1909, II, p. 407), et par R. BENON (Dysthénie périodique circulaire et délire. *Journal de psychologie*, 1911).

2. J. SÉGLAS. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895, p. 284. — Séméiologie des affections mentales. *Traité de pathologie mentale* (Gilbert BALLER), Paris, 1903, p. 171-175.

3. Ch. FÉRÉ. Les troubles de l'intelligence. *Traité de pathologie générale* (BOUCHARD), tome VI, Paris, 1903, p. 32.

(1880), de Charcot (1887), de Bouveret (1890), de Levillain (1891), l'asthénie proprement dite de la neurasthénie est bien décrite mais elle n'est pas isolée de l'hypocondrie, des obsessions, des phobies, des troubles de la sensibilité générale. Séglas en 1894, Pitres et Régis en 1897, détachent les obsessions et les phobies. Pierre Janet en 1903 décrit minutieusement les troubles psychiques et en fait un ensemble clinique, la *psychasthénie*.

Ainsi allégée, la neurasthénie se ramenait à deux groupes principaux de symptômes, : la diminution des forces, les phénomènes douloureux. François Boissier (1894), Capgras (1900) la rapprochent de la mélancolie dépressive¹. Maurice de Fleury (1901) fait passer la diminution des forces, la fatigabilité, au premier plan². Paul-Boncour et Philippe (1905), Paul Londe (1905), Albert Deschamps (1907), rendent au symptôme ainsi compris, l'ancien nom d'asthénie³. Le mérite revient à J. Tastevin d'avoir conçu le syndrome complet de l'asthénie, de l'avoir séparé de tout trouble émotionnel et de l'avoir opposé clairement à l'hypersthénie ou manie⁴. A ses conversations avec J. Tastevin l'auteur doit l'idée première et le principal de cet essai.

1. FR. BOISSIER. *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports*. Thèse Paris, 1894. — J. CAPGRAS. *Réduction de la mélancolie en une psychose d'involution*, Thèse Paris, 1900.

2. M. DE FLEURY. *Les grands symptômes neurasthéniques*. Paris, F. Alcan, 1901.

3. PAUL BONCOUR et J. PHILIPPE. Les écoliers asthéniques. *Gazette des hôpitaux*, 28 mars 1905. — P. LONDE. L'asthénie. *Semaine médicale*, 5 avril 1905. — A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*. Paris, 1907.

4. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques, *Annales médico-psychologiques*, 1911, nos 2, 3 et 4.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

I

SYMPTÔMES ESSENTIELS

Sans cause apparente ou pour une cause insuffisante, tout d'un coup ou progressivement les forces d'une personne ont diminué et ne se sont plus relevées. Telle est en bref l'asthénie primitive. Tous les symptômes se ramènent à un seul : la diminution des forces. Ils en sont les modalités. Essentiellement la diminution des forces se manifeste par l'affaiblissement musculaire et par le ralentissement psychique.

Dans le tableau clinique qu'on veut tracer de l'asthénie primitive, il faut établir un ordre d'importance. Au premier plan doivent figurer ces deux grands symptômes primordiaux, nécessaires, irréductibles. Au second plan se trouveront des symptômes moins constants, dérivés de ceux-là, secondaires en somme, bien qu'ils s'imposent beaucoup plus à l'attention. Ce sont les symptômes douloureux : c'est-à-dire en premier lieu, les malaises physiques divers qui sont produits par le

moindre surmenage ; en second lieu, la souffrance morale et l'anxiété qui sont provoquées chez le malade par la vue claire de son impuissance et de sa déchéance. Dans certaines circonstances ces symptômes peuvent manquer. Les deux premiers sont au contraire le propre même de l'asthénie.

I

Sans interroger encore l'asthénique, il suffit de l'observer quelque temps pour constater l'affaiblissement musculaire général. Cet affaiblissement n'a rien de commun avec la paralysie. Il consiste en une moindre capacité de travail. Le patient sera capable en un effort de dépenser autant de force qu'un homme sain mais il ne sera capable ni de répéter, ni de soutenir l'effort aussi longtemps. Il résiste aux tentatives de flexion et d'extension à condition qu'elles ne se prolongent pas. Le dynamomètre donne un chiffre normal mais le tracé de l'ergographe traduit aux yeux la fatigue prompte. Au surplus point n'est besoin de mesures fines. L'affaiblissement est gros. Il n'a pas à être décelé, il saute aux yeux.

Il s'étend à tous les muscles sans exception, aux grands muscles de la vie de relation comme au petit muscle de l'accommodation, au muscle cardiaque comme aux fibres lisses du tube digestif, des vaisseaux et des glandes. Partout où il y a une fibre musculaire s'étend l'asthénie. Dans l'économie entière tout le travail musculaire est ralenti.

Le malade tend à l'immobilité. Autant qu'il peut il reste assis ou couché, dans la même position, sans remuer, sans rien faire. S'il marche, la marche est précise et sûre, sans hésitation, mais très lente. S'il se vêt, s'il se dévêt, on ne voit ni hésitation, ni erreur, mais ralentissement et faiblesse ¹. S'il fait un petit ouvrage comme effiloche une étoffe, il tire chaque fil comme une personne fatiguée, qui n'en peut plus ². S'il écrit il forme lentement et difficilement les lettres. Certains mouvements lui sont presque impossibles : se soulever sur les pieds, s'accroupir, se mettre à genoux ³. Quelquefois il peut marcher à pas lents dans un jardin et il ne peut pas couper une fleur. Plus souvent la faiblesse intéresse surtout le membre inférieur. Elle ne va jamais jusqu'à l'impotence absolue. Par exemple une jeune fille peut se servir de ses mains pour quelques menus travaux mais dès qu'elle a marché deux ou trois minutes elle regagne péniblement son lit qu'elle ne quitte plus. Si elle reste debout quelque temps, les jarrets se dérobent, les genoux fléchissent, elle doit s'asseoir ou s'appuyer. Elle renonce à la marche, évite la station debout, s'étend et passe ainsi toute la journée ⁴. Cette fatigue plus rapide du membre inférieur se rencontre surtout chez les femmes.

La tête est basse. Parfois quand le malade est assis,

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*. Paris, 1900, p. 52.

2. A. RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*. Paris, 1883, p. 59.

3. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*. Paris, F. Alcan, 1907, p. 113.

4. L. BOUVERET. *La neurasthénie*. Paris, 1890, p. 65.

la nuque et le dos s'incurvent et la tête est ballante. La face est longue, sévère.

Les membres sont affaissés. Si on soulève un bras, il oppose ou non une courte résistance et bientôt retombe inerte. Si, les yeux étant bandés, on conduit la main, qu'on lui fasse tracer sur le papier une ligne courbe et qu'on prie le malade de répéter le mouvement, il l'exécute avec précision, avec lenteur et en réduisant notablement les dimensions de la figure primitive ¹. Dans certains cas seulement d'asthénie profonde, les membres conservent sans changement les attitudes imposées, ce qui imite la raideur cataleptique. Dans les mêmes cas il arrive que les masticateurs et les muscles de la déglutition se relâchent et que le malade laisse couler sa salive sur l'oreiller ².

La parole n'a pas d'achoppement. Elle est lentement articulée, un peu scandée, traînante. La voix chuchotte. Elle est faible, douce, tellement basse et sourde quelquefois, qu'on l'entend à peine. Elle est légèrement dolente, mais non chevrotante comme celle du mélancolique. Elle est atone, blanche; le timbre a presque complètement disparu. Le malade évite de parler. Ouvrir la bouche est fatigant. Il laisse répéter plusieurs fois une question avant de répondre. Quelquefois il s'arrête au milieu d'une phrase, il lui est impossible d'aller plus loin. Le mutisme peut être complet. Si la parole est conservée *chanter est toujours impossible*.

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 39.

2. A. RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*, p. 91. — FOVILLE. Stupidité sans délire. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1862.

Les yeux sont excavés par insuffisance du muscle de Müller ¹. Ils sont baissés, éteints, hébétés. Le regard est morne et fuit celui de l'observateur. La paupière supérieure est pesante. Les pupilles sont légèrement dilatées par relâchement de l'iris et elles réagissent un peu plus faiblement à la lumière ². Le trouble oculaire caractéristique est celui de l'accommodation. Le petit muscle ciliaire qui modifie la courbure du cristallin devient incapable de soutenir une contraction prolongée. Aussi l'œil se fatigue rapidement. Au bout de quelques minutes le malade ne peut plus lire, ni écrire, ni regarder fixement un objet. Si on mesure son acuité visuelle pendant un temps très court il soutient l'effort et la vision paraît normale. L'instant d'après il tente de nouveau vainement de se remettre à la lecture ³.

Le travail des muscles lisses est diminué de même. La digestion en particulier est toujours très ralentie. Aussi la constipation ne manque presque jamais. C'est un signe très constant. Le malade reste trois, quatre jours sans aller à la selle, quelquefois huit jours; les matières sont dures et sèches. Le gâtisme se produit exceptionnellement dans des cas d'asthénie profonde où les plus petits efforts sont économisés. La langue est ou naturelle ou légèrement saburrale. Le teint est brouillé, quelquefois sale, quelquefois terreux. L'amaigrissement est parfois considérable sans devenir jamais cachectique.

1. P. LONDE. L'asthénie. *Semaine médicale*, 5 avril 1905, p. 157.

2. HAYES NEWINGTON. On stupor. *The mental Science*, 1874, IV. — L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 102.

3. COLLINS. *Royal London ophthalm. hosp. Rep.* XII, p. 4 (cité par L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 104).

Toutes les sécrétions sont diminuées. Les urines sont rares. Il n'a pas été trouvé dans leur composition d'altération caractéristique ¹. Le foie sécrète peu de bile et stérilise mal le contenu de l'intestin. Le pancréas est insuffisant : les matières grasses sont donc mal tolérées ². La salive est rare : la bouche dure. La sécrétion lacrymale est presque tarie : l'œil est donc terni, brûlé. Les synoviales sont presque à sec et on peut percevoir aux articulations, particulièrement à celles de la nuque, de légers craquements ³. Les sécrétions de la peau sont insuffisantes. Les mains, les pieds, les oreilles, les cheveux, ont un état particulier de sécheresse et de rugosité. Le testicule sécrète peu.

La respiration est ralentie. Le nombre des respirations par minute est notablement diminué. Le mouvement respiratoire est presque insensible et quelques soupirs qui se produisent de temps en temps suppléent à l'insuffisance de la respiration habituelle ⁴.

Quant au cœur, son travail est toujours diminué. Cet affaiblissement se traduit tantôt par une diminution, tantôt par une augmentation du nombre des pulsations. La plupart des malades ont le pouls continuellement ralenti, à soixante pulsations par minute, quelquefois à trente ou à vingt-cinq. Ce ralentissement est habituel

1. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 145-147. — G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 279-297. — A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 142-169.

2. M. DE FLEURY. *Les grands symptômes neurasthéniques*. Paris, 1901, p. 205.

3. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 147.

4. J. FALRET. *Etudes cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1890, p. 588.

sans être permanent : une émotion provoque facilement pendant un temps court une accélération. D'autres malades, au contraire, ont le pouls continuellement accéléré, à cent vingt pulsations par minute, quelquefois à cent soixante. Cette accélération est permanente. Elle subsiste quand le malade est parfaitement calme ; une émotion l'augmente encore. Elle imite la tachycardie de la maladie de Basedow. Dans ces cas, bien observés par Bouveret, le pouls est extrêmement faible. Il est parfois presque insensible : « Le doigt ne perçoit plus dans la gouttière radiale qu'une ondulation vague, incertaine ¹. »

Les vaisseaux aussi travaillent moins ². La tension artérielle est abaissée ³. La circulation se fait mal, particulièrement aux extrémités, qui sont pâles et froides, quelquefois bleuâtres et empâtées ⁴. Il peut arriver qu'un seul doigt ou même une seule phalange soit livide et exsangue ou au contraire violacé et enflé. Le visage est quelquefois bouffi et cyanosé. Dans certains cas rares, dès qu'on met le malade debout, les pieds et les jambes deviennent rouges, puis livides, tandis que dans le lit ils sont habituellement froids et pâles. Le poids de la

1. L. BOUVERET. La tachycardie neurasthénique permanente. *La neurasthénie*, p. 123-130.

2. Voir une expérience d'ANJEL. *Archiv für Psychiatrie*, 1884, XV, p. 618, citée par L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 136.

3. M. DE FLEURY. *Les grands symptômes neurasthéniques*, p. 28-65. — P. LONDE. L'asthénie. *Semaine médicale*, 5 avril 1905, p. 457.

4. VERRON, Folie à double forme. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, tome I, 1861, p. 6. — J. FALRET. *Etudes cliniques*, p. 590. — A. RITTI. De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1889. — *Traité clinique de la folie à double forme*, p. 106-109.

colonne sanguine qui, dans la station verticale, pèse sur les petits vaisseaux des extrémités inférieures suffit à en surmonter la tonicité très affaiblie¹.

La menstruation est généralement supprimée.

La température est abaissée. Il est à peu près constant de la trouver inférieure à 37°, même dans les cas où le pouls est accéléré. A 37° ou 37°,5 il y a fièvre. Les oscillations thermiques du matin au soir sont un peu plus étendues qu'à l'état normal. Le maximum est quelquefois le matin, ce qui est l'inverse de l'état normal².

Les réflexes n'ont pas de modification caractéristique. Les réflexes cutanés, entre autres le crémastérien, sont généralement diminués ou abolis. Les réflexes tendineux sont tantôt diminués, tantôt exagérés, parfois retardés³. Tels sont les signes principaux que révèle l'examen objectif.

II

Si on interroge maintenant le malade, il accuse souvent une impression de froid. Il est gelé, tout est glacé en lui. Il cherche à se blottir sous les couvertures. Si on le découvre, il tremble parfois et claque des dents.

Toujours il a conscience de l'affaiblissement musculaire général dont il est frappé. « Je n'ai pas de force,

1. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 140.

2. HAYEM. *Journal de médecine interne*, 15 mai 1904. — A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 174-183.

3. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 132-134. — L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 116. — J. DÉJÉRINE ET GAUCKLER. *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*. Paris, 1911, p. 263.

dit-il, je n'ai pas de courage. » Ce n'est pas le vouloir qui fait défaut, c'est l'énergie physique, la réserve de forces, c'est le pouvoir. Il sent un affaissement physique, un brisement, une nonchalance invincible, une torpeur somnolente, un alanguissement, un engourdissement. Quelques degrés de plus, c'est l'abattement, l'inertie absolue, l'impuissance totale, la prostration. Quand il sera guéri, il se rappellera cet état singulier. Il avait, dira-t-il, le sentiment d'être brisé, veule, à vau-l'eau, en loques, anéanti, effondré.

Il se dira aussi fatigué. Est-ce de la fatigue ? Pas exactement. L'état est différent de la fatigue ordinaire. Le malade qui s'observe bien sait faire la distinction. C'est une fatigue toute spéciale, une fatigue persistante, égale, irréparable, une fatigue qui précède tout effort et qui empêche justement le sentiment normal de fatigue, « L'asthénique n'éprouve pas cette sensation de lassitude presque agréable qui avertit de l'épuisement prochain des forces et du besoin de repos. Il passe à peu près sans transition du travail à l'épuisement total... L'un des meilleurs signes de retour à la santé est la réapparition de cette lassitude après le travail, lassitude saine et agréable¹. »

Cette remarque est due à un médecin, Albert Deschamps, qui a été atteint d'asthénie primitive pendant plusieurs années et qui a fait sur lui-même des observations précieuses.

Un des principaux caractères d'après lui de l'asthénie

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 99.

vue du dedans est l'impossibilité où est le patient de dépasser, par n'importe quel artifice, un certain état de force, un certain *cran*, l'impossibilité de s'entraîner. Voici la page remarquable où il décrit ce symptôme.

Le patient est « absolument incapable de subir un entraînement progressif comparable à l'entraînement auquel on peut soumettre les convalescents... C'est ce que ne comprend pas et n'admet pas la personne bien portante qui répond obstinément : Habituez-vous peu à peu à l'exercice ; commencez par une marche de cinq minutes ; augmentez chaque jour et vous arriverez ainsi à faire comme tout le monde... Si le neurasthénique cède à ces conseils affectueux mais erronés, il marche le second jour un peu moins que le premier, le troisième, moins que le second et ainsi de suite jusqu'à ce qu'épuisé il reprenne son fauteuil ou sa chaise longue... Un asthénique pris à un moment quelconque de sa maladie n'a qu'une certaine somme de force disponible, toujours la même pour la période pathologique où il se trouve... Voici par exemple un asthénique moyen qui peut marcher pendant vingt minutes sans éprouver de fatigue. Il sait qu'il lui faut quatre jours pleins de repos avant de recommencer sa promenade. Il est tout à fait inutile de chercher à l'entraîner, c'est-à-dire de lui faire augmenter la durée de sa promenade et sa fréquence. Les résultats seraient déplorables. Tant que cet asthénique se trouvera au même point il ne pourra augmenter sa dépense de force sans risquer des accidents aigus. Supposons maintenant qu'au bout de quelques mois son état soit meilleur et qu'il puisse marcher

trente minutes, ces trente minutes seront pour un temps la limite maxima que ne pourra dépasser son énergie disponible... Il traverse ainsi ce que j'appelle des *états de force successifs*. Ce sont ces états de force que l'entraînement est impuissant à modifier... Le convalescent possède une capacité d'entraînement remarquable... L'asthénique au contraire est figé dans un état précis qui ne lui permet pas de dépasser une certaine dépense. Les deux états ne sont pas comparables. Le convalescent est momentanément un épuisé, l'asthénique est foncièrement un insuffisant. On peut donc poser cet aphorisme : tout malade qui peut s'entraîner n'est pas un asthénique primitif par insuffisance¹. »

La suppression à la fois du sentiment de fatigue normal et de l'entraînement caractérise donc la fatigue spéciale de l'asthénique qui est en réalité une insuffisance foncière des forces.

Cette insuffisance, le malade la sent dans la tête qui penche, les épaules qui se tassent, les genoux qui fléchissent, les bras qui tombent, dans l'être entier qui ploie. Il la sent à propos de tout effort qu'il voudrait faire. De là vient qu'il évite autant que possible tous les mouvements, même les moindres. Il répugne à marcher, à parler, à regarder. Il délibère pour lever sa fourchette. Il néglige sa toilette et le soin de son corps. Il resterait à moitié habillé, non lavé si on ne le secouait pas.

Et toute stimulation lui est importune. Les encoura-

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 96-102. J. DEJERINE et E. GAUCKLER ont montré que cette observation s'appliquait seulement aux asthéniques primitifs et non à l'ensemble des neurasthéniques (*Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*. Paris, 1911, p. 162-177).

gements surtout l'irritent. Ce n'est pas en effet la bonne volonté qui lui manque. Il est doué parfois au contraire, dans son impuissance même, d'une « ténacité peu commune, d'une énergie morale que n'entament ni les souffrances, ni les chagrins, ni les catastrophes ¹ ». Il remédie par la volonté à son manque de force. Il peut vouloir, il ne peut pas agir. Plus exactement il ne peut agir avec continuité. Incapable de remplir les occupations de la vie journalière il pourrait ressaisir son énergie pour une détermination grave ². Ce serait au prix de l'épuisement total de ses forces. C'est pourquoi il redoute tout ce qui fait appel à une énergie physique si réduite.

III

Le ralentissement psychique accompagne toujours l'affaiblissement musculaire et lui est généralement proportionnel. J. Tastevin a montré cette subordination étroite. A un engourdissement musculaire léger correspond une gêne dans l'activité mentale, à une torpeur physique plus profonde, un embarras intellectuel plus marqué, à un arrêt moteur presque complet un arrêt mental presque absolu. Il y a par contre des cas où l'inertie musculaire semble tomber plus bas que l'inertie de l'intelligence. Il faut toutefois tenir compte dans les récits que les malades font après leur guérison d'un désir bien na-

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 2.

2. H. SCHUELE. *Traité clinique des maladies mentales*, 3^e édition, traduite par J. DAGONET et DUHAMEL, Paris, 1888, p. 290.

turel d'atténuer l'inertie mentale afin de démontrer qu'ils ont bien conservé toute leur lucidité et toute la pleine possession de leurs facultés intellectuelles.

De même que l'affaiblissement musculaire le ralentissement psychique est général. Il s'étend à toutes les opérations mentales. Aucune n'est pervertie, toutes sont entravées. Il restreint non seulement la vie intellectuelle mais la vie affective et les sentiments les plus complexes aussi bien que les sentiments les plus simples. Il réduit la capacité du travail mental comme est réduite la capacité du travail musculaire.

Il est constaté de l'extérieur par l'observateur et éprouvé de l'intérieur par le malade. Celui-ci peut mal l'exprimer pendant la durée de l'affection ; après la guérison il le décrit avec détail.

Il avait, dira-t-il, un poids sur l'intelligence. Il ne pensait à rien, ne sentait rien. Les idées ne venaient pas ou elles étaient embrouillées. Il comprenait bien les questions et il ne refusait pas de répondre mais il ne trouvait pas ce qu'il avait à dire. Il était à la fois présent et absent à ce qui arrivait. Il comprenait tout mais en s'y prenant à plusieurs fois et en ruminant. Sa pensée était toujours en retard. Elle était laborieuse et rétive, mal formée et enveloppée. C'était comme quand on est à moitié endormi. Les idées n'ont pas de couleur ni de vigueur. Tout dans l'esprit est obscur, vague, engoncé, emmêlé.

Il est facile de constater la lenteur de l'idéation. Si on interroge le malade la réponse tarde. Elle est souvent éludée. Il dit : « Je ne sais pas... Rien... Non... » pour

éviter de chercher la réponse. On le voit passer plusieurs heures à écrire un billet de quatre lignes. Et ces quatre lignes sont d'une pauvreté d'expression extrême. Si on essaie le petit test qui consiste à faire composer une phrase sur trois mots donnés, par exemple : pierre, fer, feu, il ne trouve rien et renonce ¹. Il n'arrive pas à résoudre sous vos yeux le problème le plus élémentaire. Tout seul il prendra son temps et trouvera la solution. S'il lit, le travail de l'esprit n'accompagne pas celui des yeux. Il lit à vide, il parcourt et tourne les pages à la suite sans retenir, sans comprendre. Il ne peut pas suivre une conversation ni même le cours de ses propres idées ; son esprit s'égare sur des pensées accessoires, étrangères même à l'objet de ses réflexions ou se perd dans un état de vague rêverie ². Le caissier perd le fil de son addition, le prédicateur de son sermon, le professeur de sa démonstration.

La mémoire en tous ses modes est entravée. Le patient est *incapable d'apprendre par cœur* : bon signe, toujours net, souvent précoce. A ce signe un professeur ou un acteur découvriront parfois leur asthénie.

La fixation se fait moins fortement et avec plus de lacunes. Une fois guéri, le patient se rappellera parfaitement certaines choses et dans l'ordre exact de succession ; un plus grand nombre n'auront pas été fixées. Le souvenir d'ensemble sera flou, dégradé, aux trois quarts effacé.

L'évocation est malaisée. C'est à tâtons et avec peine

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 53.

2. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 60.

que sont retrouvés les souvenirs les plus gros. Cette recherche est sûre et n'est jamais angoissante. Mais elle est si laborieuse que le malade y renonce le plus souvent. La vision mentale des événements les plus chers, des objets les plus familiers, des êtres les plus aimés lui échappe. Pratiquement le monde immense est supprimé pour lui. Pratiquement son passé lui est enlevé, son avenir bien plus encore. Il vit confiné, claquemuré à un point de l'espace et du temps. Il peut s'en échapper mais l'effort serait si grand qu'il préfère rester enfermé dans sa vie infiniment rétrécie. Il y est prisonnier volontaire.

A une observation superficielle les émotions paraissent abolies. Elles sont en réalité assourdies et surtout extrêmement limitées dans leur expression. Si on pousse inopinément un cri à l'oreille du malade il réagit à peine. La peur s'est bien produite mais elle a tourné court. Georges Dumas fait apparaître brusquement devant une malade son petit garçon qu'elle aime beaucoup. Elle ne se lève pas, ne pousse pas un cri, ne fait pas un geste. Seulement son visage assombri s'éclaire un peu, ses yeux brillent tandis qu'elle avance la main et tend la joue. Elle ne demande pas de nouvelles du père, ne s'informe de rien ou à peu près. Au bout d'un moment, après avoir considéré le petit en silence, elle dit : « Tu n'es pas à l'école ? — Non, c'est la Saint-Nicolas. — Ote ton manteau pour n'avoir pas froid en sortant. Ah ! tu as un beau manteau de velours. — Oui, c'est la tante qui me l'a acheté. — Dire, Monsieur le docteur, que si j'étais là-bas, c'est moi qui m'occuperais

de ces choses. » — Quand vient le moment de la séparation, elle dit adieu à son fils et l'embrasse très paisiblement ¹. L'émotion tendre s'est bien produite mais elle a pu à peine ébranler l'inertie musculaire et l'inertie intellectuelle. L'expression en a été réduite à presque rien. Il ne peut être question de perte réelle de la sensibilité morale, d'*anesthésie morale*. Le malade éprouve les émotions normales et conserve attiédis ses sentiments habituels. A l'occasion il peut les manifester violemment. Dans un incendie, devant un danger qui menace une tête chère l'asthénique retrouve ses jambes et sa voix. C'est au prix d'un total épuisement. « Des femmes épuisées, éternellement fatiguées, passant leur vie sur une chaise longue sont tout à coup assez fortes pour se lever, marcher, rester debout pendant de longues heures s'il s'agit de soigner un enfant malade. Il est vrai que cet effort achève de les épuiser et qu'elles retombent ensuite plus profondément dans leur état habituel de dépression physique et morale ². »

L'asthénique fait mal les frais de sa vie affective C'est pourquoi il la resserre, la recroqueville et évite toutes les occasions de dépense. De là vient qu'il semble voir tout avec calme, qu'il n'exprime jamais ni sympathie, ni antipathie, que les objets les plus doux paraissent ne pas l'intéresser et qu'il vit comme retiré du monde. Il est devenu de petit tempérament et cette disposition physiologique a modifié son caractère. Il est devenu humble, réservé, parcimonieux, pusillanime, non toute-

1. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 42.

2. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 67.

fois contrit ni anxieux. Il habite la lune. Il traîne une vie distraite et molle, dans un hébètement tout doux, dans une ouate d'apathie où les chocs s'amortissent, où l'univers vient s'anéantir.

Les désirs, même les primordiaux, sont languissants ou manquent tout à fait. Rien ne fait envie. Plus rien n'a d'attrait : honneurs, plaisir, argent. Rien ne mérite effort. La parure, la propreté même sont indifférentes. L'opinion des autres ne pèse plus. Tout amour-propre, semble-t-il, a été emporté.

L'appétit est nul. Il est transformé en répugnance pour les aliments, surtout pour la viande. Ainsi se traduit à la conscience l'atonie gastrique et intestinale. La soif est nulle. Les jouissances élémentaires du manger, du boire et du digérer n'existent plus.

L'appétit génital est assoupi ou suspendu. Des formes voluptueuses s'égarent parfois dans la songerie du malade mais la chair ne se soulève plus. Le désir ne peut pas jaillir. Rien ne l'amorce plus, ni la nouveauté, ni l'habitude. Aucun souvenir ne le remue, aucun appel ne le réveille. Le dégoût le remplace. La femme est glacée, l'homme est à demi impuissant. Le sexe est virtuellement aboli.

Les sensations sont peu modifiées en soi. Il n'y a jamais d'anesthésie¹. Georges Dumas a rencontré quelquefois un rétrécissement du champ visuel². Bouveret

1. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 110. — A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 119.

2. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 35, 87. — Voir aussi CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 32. D'après CHARCOT (cité par BOUVERET), ce rétrécissement est transitoire, de courte durée, non permanent comme celui qu'on observe souvent chez les hystériques.

a cherché le même signe plusieurs fois et n'a jamais pu le constater ¹. Georges Dumas trouve la sensibilité olfactive et gustative émoussée ². Albert Deschamps la trouve au contraire plus vive. « Le malade, dit-il, est incommodé par les plus minimes odeurs et il a généralement l'horreur des parfums... Un plat trop cuit ou pas assez, du lait sentant la fumée ou l'écurie, si peu que ce soit, frappent tout de suite son palais ³. » Nuances difficiles souvent à apprécier. Est modifiée surtout la façon dont le malade réagit aux sensations. Cette façon est le plus souvent molle. Les sens n'éveillent ni plaisir ni désir ; la lumière et le son produisent une sensation fugitive et passagère qui ne cause ni ne laisse aucune impression vive ⁴. Parfois au contraire la réaction est excessive ; elle se produit violemment et s'épuise aussitôt. Les bruits de la maison, les cris des enfants irritent le malade et lui causent un véritable tourment. Il est dans la situation d'un homme incomplètement éveillé qu'un bruit insolite épouvante ⁵. Cette hyperesthésie apparente se produit spécialement pour l'ouïe, parce que les sensations auditives sont celles qui révèlent habituellement un danger et qui peuvent faire un appel brusque à l'énergie absente.

Sans pensée, sans mémoire, sans émotion, sans désir, sans plaisir, l'asthénique peut se croire sans vie. Ce n'est plus une vie, dit-il, c'est une langueur. Il ne donne plus au monde une somme suffisante de mouvement, il ne reçoit

1. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 108.

2. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 36.

3. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 120.

4. J.-L. BRACHET. *Mémoire sur l'asthénie*, p. 161.

5. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 64.

plus du monde une somme suffisante de plaisir. Les deux ressorts profonds de la machine humaine, la faim et l'amour, sont arrêtés à la fois. Il en résulte dans la conscience un état d'immobilité, de silence et de vide. Une malade appelait cet état *le monotone* ; une autre *ma paresse*. La plupart l'appellent l'ennui. Ce n'est pas l'ennui ordinaire. Il n'a pas la mélancolie épuisante ni l'aiguillon douloureux de l'ennui vrai. C'est un ennui tout passif, spécial comme la fatigue. C'est dans l'esprit l'équivalent de la fatigue dans le corps : un engourdissement constant, un frein perpétuel, un ralentissement total.

IV

Les deux observations qui suivent correspondent au tableau clinique tel qu'il est tracé jusqu'ici, dans lequel sont à peu près absents les phénomènes physiques douloureux et la douleur morale.

M^{lle} Louise Dub..., cartonnrière, quarante et un ans¹, entre le 26 juin 1909 à l'asile de la Maison-Blanche dans le service de M. Trénel après trois jours passés dans le service de l'Admission. Elle est extrêmement faible : la tête pend, les membres s'abandonnent ; elle marche à petits pas soutenue sous les bras ; extrêmement maigre : pour une taille moyenne le poids est seulement de 33 kilos. Elle est inerte. Elle ne répond presque rien ou rien du tout aux questions qu'on lui pose. On entend à peine le son de sa voix. Elle comprend pourtant tout ce qu'on lui dit. Alors que ses

1. Père buveur, frère mort en bas âge de convulsions. Choc moral (peur) dans l'enfance. Bonne ouvrière, sobre ; vie très régulière. Entérite depuis l'âge de vingt-huit ans ; diarrhée intermittente. — Cette malade a été observée par M. Trénel, médecin en chef, par M. Libert et par l'auteur.

lèvres remuent à peine, ses mains font de petits mouvements d'impatience. L'interrogatoire semble la fatiguer et l'importuner. Les premiers jours elle pousse de faibles gémissements et paraît un peu effrayée. Au bout de quelque temps elle a pris ses habitudes. Elle reste toute la journée au lit, la tête cachée d'ordinaire sous le drap, immobile, silencieuse et elle ne gémit plus que lorsqu'on la harcèle.

D'après les renseignements donnés par la mère l'état remonte à trois mois. Il s'est installé progressivement. Louise sentait qu'elle n'avait plus de force, qu'elle ne pouvait plus travailler. Comme son travail les faisait vivre, sa mère et elle, elle disait qu'il valait mieux être morte. Elle s'isolait, elle évitait de parler à sa mère et à son frère, elle semblait n'avoir plus de plaisir à les voir. Depuis trois mois la menstruation s'est arrêtée.

Il y a huit ans, à trente-trois ans, elle a eu une dépression semblable qui a duré six mois et plusieurs autres depuis les unes de deux mois, les autres de quelques jours. Chaque fois c'était une lassitude singulière qui venait sans cause et obligeait Louise à ne plus rien faire, bien qu'elle fût bonne ouvrière et courageuse à la besogne. Elle connaît d'autres genres de fatigue. Elle a fait des excès de travail, restant à l'ouvrage jusqu'à seize et dix-sept heures par jour, tard dans la nuit. Elle se sentait ensuite fatiguée. Elle a eu aussi des diarrhées qui la mettaient au lit, très faible pendant trois ou quatre jours. Ce n'était pas tout à fait la même chose.

L'examen porte d'abord sur les idées mélancoliques. On ne peut en trouver d'autres que celles que cause à la malade son état même. « On ne m'a rien fait... Je n'ai rien fait à personne... Fatiguée... Mal partout. » C'est à peu près tout ce qu'on lui arrache avec beaucoup d'efforts le 27 juin 1909.

Le 11 juillet l'état est le même. La constipation est opiniâtre. Le poids est tombé de 33 à 32 kilos. M^{lle} Dub... reste dans son lit sans se plaindre mais dès qu'on approche pour l'interroger elle soupire plaintivement. « Pourquoi êtes-vous triste. — Je ne sais pas. — Avez-vous fait du mal ? — A personne. — Etes-vous préoccupée de quelque chose ? — Je ne sais pas. » A tout elle répond : Je ne sais pas, en gémissant faiblement. « En quelle année êtes-vous née ? — Me rappelle plus. — Quel âge avez-vous ? — Me rappelle pas. (Après une longue hésitation). Quarante et un ans, me rappelle plus. — En quelle année sommes-nous ? — Me rappelle plus. (Après un effort) 1909, me rappelle plus. — Quel mois ? — Juillet. » Elle refuse de lire : « Je ne sais pas lire. » Petit mensonge pour éviter un effort. On la force à se lever ; elle se tient courbée et

avance à petits pas. On la force à monter un escalier sans tenir la rampe ; elle monte marche par marche, en chancelant et en disant : Ah ! quel supplice ! — La faiblesse musculaire est générale.

Dans les mois qui suivent, la constipation s'aggrave. La malade doit prendre tous les jours un lavement. La langue reste humide et naturelle. L'amaigrissement continue pendant quelques mois et devient squelettique. De 32 kilos en juillet 1909 le poids tombe à 25 kilos en décembre, à 24 kilos en février 1910, revient à 25 kilos en juillet et se maintient depuis à ce chiffre. Des injections de cacodylate de soude furent faites du 8 décembre 1910 au 7 janvier 1911 sans amener un relèvement du poids. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est de 1 litre 025. La composition de l'urine est normale.

En octobre 1909 on s'aperçoit que le pouls, très petit, presque insensible est constamment fréquent. Il est en moyenne de 108 pulsations à la minute. A partir du 5 novembre il est noté tous les jours pendant plus d'un an. Il se tient en général entre 100 et 110. Il ne descend que sept fois un peu au-dessous de 90. Au moment d'un effort, après un repos, il monte à 120 et 130. Le 19 octobre 1910 après un lavement un peu brutal il s'élève à 148. Cette tachycardie permanente pouvait faire penser à un syndrome de Basedow fruste. La mère de la malade signalait qu'un petit goitre avait existé pendant six ou sept ans et avait disparu en 1908. Il n'y avait jamais eu d'exophtalmie ni de tremblement. Un traitement à l'hémo-éthéroïdine fut appliqué du 25 juin au 31 octobre 1910. Il ne donna aucun résultat notable. Bouveret a signalé la grande analogie de la *tachycardie neurasthénique permanente* avec celle du goitre exophtalmique ¹.

La température est constamment basse. Notée tous les jours à partir du 26 juillet 1910 elle ne s'élève que six fois à 37°,1. Elle est en moyenne de 36°,6. Elle s'abaisse quatre fois à 35°,4.

Le nombre des respirations noté tous les jours du 7 août au 2 octobre 1910 est constamment faible. Il est en moyenne de 25 par minute, s'élève deux fois seulement à 40, tombe trois fois à 18.

M^{lle} Dub... garde sa manière d'être qui est une façon d'exister le moins possible. On ne la voit pas. Si on s'enquiert d'elle on la trouve dans son lit, le plus souvent sous les draps où elle se fait toute petite. En été l'après-midi l'infirmière la prend comme une poupée et la porte au jardin. Elle s'y prête mal. Elle gémit : Ah !

1. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 123.

vous me ferez mourir ! Ah ! tuez-moi tout de suite ! — Dès qu'elle est assise elle cesse de geindre. Elle ne tient jamais la tête droite, ni renversée, toujours pendante et enveloppée d'une couverture de façon qu'on ne la voie pas du tout. Quelquefois elle demande faiblement qu'on ne la mette pas au soleil. Elle ne se lèverait pas seule pour se mettre à l'ombre. On la remonte ensuite au haut de l'escalier ; de là elle regagne son lit à petits pas. Elle se déshabille et s'habille seule, très lentement.

Elle a trois supplices par jour : les deux repas, la visite du médecin. Ce sont les moments où on s'occupe d'elle, où par conséquent on lui demande un effort. Elle essaie de s'en délivrer au plus vite. Elle mange sans savourer : c'est vivement avalé. Si on oublie de la servir, elle ne réclame rien. Elle économise jusqu'au moindre mouvement. Par exemple elle consent à s'asseoir pour les deux repas ; pour la timbale de lait de trois heures elle refuse. Dès que le médecin entre dans la salle elle se renfrogne, et s'enveloppe de mauvaise humeur pour avoir moins à répondre. Aux premiers jours quand on la forçait à manger ou quand on la pressait de questions elle disait hargneuse : Il vaut mieux mourir ! — Ainsi le 10 juillet 1909 elle dit à l'infirmière qui s'approche avec l'assiette : La mort ! la mort ! Allez chercher un sabre, tuez-moi, je préfère ! — Le 21 juillet elle dit à un médecin qui la questionne : Tuez-moi tout de suite ! — Elle n'a d'ailleurs fait ni ébauché aucune tentative de suicide. Depuis elle s'est apprivoisée ; on la laisse aussi plus tranquille. Elle continue à redouter tout ce qui peut déranger son immobilité. Si pendant le repas il tombe une tache sur le drap elle le fait remarquer tout de suite pour qu'on n'aille pas la brusquer plus tard à ce sujet.

Elle ne pleure jamais, ne rit jamais, ne s'occupe de personne. Mais elle se rend bien compte de tout. Elle sait le cours des jours, que le mercredi il y a la couture, que le jeudi il y a les visites et qu'à cause des gens son lavement quotidien lui sera donné plus tard. Un jour un carreau est cassé ; elle calcule que l'ouvrier viendra le lendemain et que sa présence empêchera le lavement. Dès le matin elle dit à l'infirmière : vous n'oubliez pas le lavement. — Si d'autres malades appellent l'infirmière elle s'inquiète : le lavement va être retardé. Ce qui lui reste d'activité intellectuelle tourne autour du lavement. En deux ans les seules paroles spontanées qu'elle ait prononcées se rapportent au lavement. Une fois le lavement pris elle ne s'intéresse à plus rien au monde.

Au début sa mère venait la voir. Elle la recevait sans plaisir et ne lui parlait pas. Une visite est peut-être agréable ; avant tout

c'est de la fatigue. La mère qui est âgée a cessé de venir. Louise ne s'en préoccupe pas. Un jour le médecin pour explorer ce qui reste d'émotivité a dit : *Si votre mère était morte* seriez-vous triste ? — Elle admet depuis ce jour que sa mère doit être morte. Cela l'arrange que sa mère soit morte. C'est une cause de fatigue de moins. C'est un rétrécissement de plus à sa vie.

Le 28 septembre 1940, quinze mois après son entrée, l'interrogatoire constate le même état mental que l'année précédente. Souffrez-vous ? — (Après un temps très long, d'une voix éteinte) : Je ne sais pas. — Avez-vous du chagrin ? — Je ne sais pas. — Avez-vous des forces ? — Non, non. — Levez un peu la tête. (Elle la lève très peu). Est-elle lourde ? — Je ne sais pas. — (On la lève de force.) Oh ! mon Dieu ! — Serrez-moi la main. (Elle serre faiblement). — Le bras qu'on lève retombe. Chatouillée sur la nuque elle réagit à peine d'un air d'ennui. — Votre mère est-elle venue jeudi ? — Elle est morte. — Quand ? — Je ne sais pas. — Est-ce que cela vous a fait pleurer ? — Oui (Elle manifeste une émotion atténuée). — Vous trouvez-vous bien ici ? — Je ne sais pas. — Voulez-vous qu'on vous renvoie chez vous ? — Comme vous voudrez. — Que ferez-vous si vous partez demain ? — Je ne sais pas. — Pensez-vous guérir ? — Non. — Que faites-vous le matin ? — Rien. — A quoi pensez-vous toute la journée ? — A rien. — La nuit dormez-vous ? — (Hargneuse) : Je ne fais pas de bruit, je ne dis rien. (Elle a cru à un reproche. En réalité le sommeil est à peu près normal.) — Y a-t-il du bruit dans le dortoir ? — Des fois, pas toujours. — Entendez-vous telle malade chanter ? — J'entends ce que tout le monde entend. — Quel jour est-ce aujourd'hui ? — (Agressive) : Vous le demandez tous les jours. — Où aimez-vous mieux être, dans votre lit ou au jardin ? — Nulle part... Où vous voudrez... Ça m'est égal. — Cela vous ennuie qu'on vous parle ? — Je ne sais pas. — Cela vous fatigue ? — Oui.

Deux mois et demi après, le 5 décembre 1940, les réponses sont les mêmes. La voix est aussi étouffée, les réactions aussi lentes, la faiblesse générale aussi considérable.

Le 15 juin 1941, après deux ans, l'état est le même qu'à l'arrivée. M^{lle} Dub... reste constamment dans son lit, cachée sous le drap. Si on la force à se lever et à marcher elle se traîne, en s'appuyant aux murs, la tête basse, le dos courbé. Elle sait tout ce qui se passe. Elle ne demande jamais rien, sinon son lavement. « Sentez-vous les forces revenir un peu ? — Non, monsieur, c'est la même chose. — Qu'est-ce qui vous ferait envie ? — Rien, monsieur. — Aimeriez-vous lire le journal ? — Non, monsieur. —

Préférez-vous descendre au jardin ? — Je reste où on me met, peu importe. — A quoi pensez-vous toute la journée ? — A rien. Etes-vous triste ? — Oui. — Qu'est-ce qui vous rend triste ? — Je ne sais pas. — Etes-vous triste ou fatiguée ? — Fatiguée. — Etes-vous plus fatiguée le matin que le soir ? — C'est la même chose. — A quelle heure êtes-vous le plus fatiguée ? — C'est pareil toute la journée. — Seriez-vous contente de partir ? — Comme vous voudrez. — Voulez-vous balayer la salle ? — Je ne peux pas. — Mangez-vous bien ? — Ce qu'on me donne. » Si on lui parle de sa mère elle montre une émotion faible. La santé physique est bonne. Le poids s'est un peu relevé. Il est de 28 kilos. Le poulx est toujours à 120, la température à 36°,5.

En résumé l'état d'asthénie dure sans modification depuis plus de deux ans.

L'observation suivante a été publiée par Rogues de Fursac et Capgras ¹. Elle diffère de la précédente par la guérison qui est survenue au bout de cinq ans. L'inertie musculaire y fut plus marquée que l'inertie psychique.

M. Louis X... de Saint-Pierre de la Martinique, avocat, quarante-deux ans², entre le 12 mai 1905 à la maison de santé de Ville-Evrard. Il se tient immobile dans une attitude fléchie. La parole est lente et monotone sans achoppement. A force d'insistance, on arrive à lui faire prononcer quelques mots : phrases brèves qu'il chuchote d'un air ennuyé. Il ne montre ni anxiété, ni chagrin, aucune idée délirante, aucun trouble sensoriel. Il éprouve un abattement profond, une faiblesse musculaire extrême, sans douleur aiguë. Rien ne l'intéresse, il n'a aucun désir ; il a le dégoût de la vie mais n'a pas fait de tentative de suicide. Il se croit incurable. Il demande qu'on le laisse tranquille et finit par ne plus répondre. Inappétence, constipation, subictère. Pas de trouble pupillaire ni de modification des réflexes tendineux.

1. ROGUES DE FURSAC et CAPGRAS. Un cas d'aboulie motrice simulant la mélancolie chronique et guéri au bout de cinq ans. *L'Encéphale*, 1909, IV, p. 332-338.

L'observation est en partie rédigée d'après les notes prises par M. SÉRIEUX. Elle est reproduite ici d'après le texte même des auteurs.

2. Rien à signaler sur les antécédents héréditaires ni personnels.

D'après les renseignements donnés par la sœur, l'état dure depuis un an et demi, c'est-à-dire depuis la fin de 1903. Dix-huit mois avant le début, le 8 mai 1902, M. X... a subi un choc émotionnel considérable. Le jour de la catastrophe de la Martinique il se trouvait à la Basse-Pointe. Ce village ayant été épargné par l'éruption, il retournait à Saint-Pierre. En route, il apprit l'anéantissement de la ville. Il n'y voulut pas croire d'abord, essaya de pénétrer à travers les ruines fumantes, mais fut arrêté par la chaleur. Un télégramme d'un ami lui apprit la mort de sa femme, de ses enfants, de plusieurs parents, l'incendie de ses maisons, la perte de sa situation. Il passa de l'appréhension à la crainte, à l'effroi, à l'angoisse, au désespoir. La réaction fut considérable, mais à peu près normale. Il s'enferma dans sa chambre, obsédé par le souvenir de ses deuils et pendant deux mois resta complètement inactif, indifférent ou rebelle aux conseils de ses amis, aux sollicitations de ses clients. Puis il se remit, reprit son travail, plaida plusieurs procès, consentit à s'amuser. Il essaya de chasser les souvenirs pénibles par une suractivité de travail et de plaisir. Mais il ne retrouva ni sa gaieté ni son entrain habituels ; l'exercice de sa profession ne lui donnait que du dégoût, il ne s'intéressait à rien.

Il eut le tort de demander trop à des forces encore défaillantes. Au bout de seize mois de surmenage les forces manquent brusquement. Il doit renoncer à toute occupation. Un ami le conduit en France. Il est interné quelques mois dans une maison de santé, puis soigné chez sa sœur, à Paris. Là, il reste confiné dans sa chambre ; il passe la plus grande partie de la journée au lit et il ne se lève que parce qu'on l'y contraint. On l'introduit de force au salon, mais il s'assied aussitôt, inerte, et ne prend aucune part à la conversation. Il finit par manifester des idées de suicide. Il est alors interné pour la seconde fois.

A Ville-Evrard dans les trois années et demie qui suivent, l'état ne s'améliore pas, semble s'aggraver plutôt. Le malade reste dans l'inertie, toujours assis à la même place. Il faut parfois le faire manger à la cuiller, l'aider à s'habiller. Il néglige sa toilette, ne se lave que lorsqu'on l'y oblige. Les efforts tentés pour l'amener à secouer sa torpeur ne produisent aucun résultat. Quand il regagne sa chambre, sa démarche est lente et parfois il se laisse choir sur le parquet. La lecture du journal est sa seule distraction ; on lui offre différentes revues, il refuse. Il n'écrit jamais, ne manifeste jamais le moindre désir. Il n'adresse jamais la parole aux autres pensionnaires et ne répond pas à leurs avances. Il continue pour-

tant à répondre aux médecins, mais toujours très brièvement. Parfois il essaie de se dérober à l'examen, il cherche à se dissimuler quand vient la visite, il détourne le regard dès qu'on lui parle. Quand sa sœur vient le voir, il ne manifeste aucune émotion, il se laisse conduire docilement auprès d'elle, lui dit bonjour, puis garde un silence obstiné. Un examen prolongé laisse soupçonner qu'il s'intéresse encore quelque peu à son entourage ; on le voit assez souvent suivre du regard tel pensionnaire et parfois sourire à l'occasion des propos qu'il entend ; mais jamais il ne fait la moindre réflexion ; nul incident ne provoque un mot ou un geste.

Brusquement, trois ans et demi après son entrée, cinq ans après le début de la maladie, le soir du 11 décembre 1908, il remarque dans la salle un dément qui s'exhibe. Il fait avec vivacité un geste de surprise et signale le fait à son voisin. Le lendemain matin, il se réveille dispos, se lève vivement, se met à marcher et à faire sa toilette en fredonnant un air d'opéra. Il se sent alerte. Il s'exprime avec facilité. Il se déclare guéri. Il n'éprouve plus qu'une légère courbature.

Il décrit alors ce qu'il a éprouvé pendant cinq ans. Il se le rappelle suffisamment. Il cite le nom des médecins et des infirmiers qui l'ont soigné, il sait pour quels motifs et à quelle date il a changé de chambre, il connaît le délire de la plupart des pensionnaires. « Je sentais, raconte-t-il, mon intelligence à peu près aussi vive qu'autrefois. C'est à peine si j'éprouvais une paresse et encore bien légère. Je lisais le journal aussi facilement qu'avant ma maladie et avec le même intérêt. » Comme on lui demande pourquoi il refusait les livres et les revues, il répond : « La possession d'un livre aurait nécessité un effort trop grand. J'aurais dû le mettre dans ma poche, le porter dans ma chambre : c'était plus que je n'en pouvais faire. Un journal, on le lit puis on le laisse sans plus s'en occuper. Il m'était impossible d'agir. Malgré ma lucidité entière et la compréhension parfaite de ce qu'on me demandait, j'avais peine à répondre dix mots au plus. Mentalement, je m'exprimais avec facilité. A force de me secouer, le docteur parvint à me faire réciter quatre vers de Rolla. En moi-même je déclamaï toute la *prosopopée* du *Christ*. Quand quelqu'un me disait bonjour, j'étais ennuyé, conscient de mon impolitesse, mais je ne répondais pas. Les visites de ma sœur me procuraient une joie très grande, mais je la saluais à peine, j'étais incapable de manifester mon mécontentement et je restais impassible et silencieux. Je jugeais ma conduite inconvenante ; de honte, je détournais la tête quand

on me parlait ; j'aurais voulu fuir, me cacher, me tuer. La constatation de l'anéantissement de ma volonté m'épouvantait. Je me comparais à un mort vivant ; j'étais convaincu que je ne guérirais jamais. J'entendais divaguer certains pensionnaires ; je souriais parfois de leurs propos absurdes et je me disais : « Tu vois bien que tu n'es pas comme eux, tu ne déraisonnes pas, tu n'es pas fou. Mais je n'en étais que plus effrayé de mon état. Tu n'es pas fou, ajoutais-je, mais tu es nul, tu es pour jamais un être inexistant. »

La guérison a été en réalité moins soudaine qu'elle n'a paru. Depuis six mois, le malade éprouvait de plus en plus le désir et l'espoir de guérir. Il s'encourageait chaque jour à tenter un effort. Le 11 décembre 1908, la vivacité de son geste fut pour lui une véritable révélation ; il se sentit définitivement guéri.

La guérison s'est maintenue. Pendant trois mois, l'état est resté normal. M. X... est sorti de Ville-Evrard en mars 1909.

II

SYMPTÔMES SECONDAIRES

Les symptômes qu'il reste à décrire ne sont pas constants. Ils sont consécutifs à l'affaiblissement musculaire et au ralentissement psychique. Quand ils se produisent ils attirent vivement l'attention car ils sont plus bruyants que les symptômes mêmes dont ils sont la conséquence. Ils ne caractérisent pas les cas les plus graves. Tout au contraire ils se produisent presque exclusivement dans les cas légers ou moyens.

Un malade frappé d'asthénie profonde ne quitte guère le lit ou le fauteuil. C'est un grand malade. Il abandonne complètement ses affaires, son travail, sa vie ordinaire. Il a besoin de l'isolement et du repos absolu que procure la maison de santé. C'est le malade que connaissent les aliénistes.

Le malade par contre qui est atteint d'asthénie moyenne essaie de lutter contre elle. Il s'irrite. Il ne se résigne pas facilement à son incapacité. Comme il veut continuer sa vie coutumière il dépasse constamment son *état de force*, son cran. D'autre part, il s'inquiète d'une impuissance dont il ne voit pas la cause, dont par conséquent il ne prévoit pas la fin. Il s'effraie des conséquences qu'elle a pour ses affaires, sa situation, sa famille. De là des troubles physiques incessants et un état mental particulier qui s'ajoutent au tableau de l'asthénie. C'est le malade qu'on rencontre à la ville.

I

Tant que l'asthénique respecte son asthénie, c'est-à-dire tant qu'il se repose suffisamment, l'état est à peu près indolore et le sommeil à peu près normal. Dès qu'il essaie de la forcer des troubles physiques apparaissent. Ce sont, par ordre de gravité, l'insomnie, la céphalée et les autres malaises, les vertiges, les *accès d'anéantissement*.

Après la moindre dépense de forces le sommeil se gâte. Il suffit d'une conversation un peu longue, d'une marche imposée au malade dans la bonne intention de le faire dormir. Il ne s'endort pas, s'énerve et se fatigue encore. Ou bien il s'endort facilement, s'éveille bientôt en sursaut et ne peut plus dormir. Ou bien il dort par morceaux et trouve des « oasis de repos dans un désert d'insomnie ¹. » Si la fatigue a été plus forte, au moment où le sommeil le gagne, au moment où le sommeil le

1. BEARD cité par LEVILLAIN, *La neurasthénie*. Paris, 1890, p. 84.

quitte il a pendant quelques secondes un étouffement, un arrêt du cœur, une nausée, une épreinte, un spasme de l'urèthre. S'il cherche une position, s'il retire la jambe, s'il met la tête un peu plus haut, un peu plus bas, des crampes douloureuses s'installent dans l'orteil, dans le mollet, dans les lombes, sous la nuque, dans la mâchoire. Quelquefois pendant un instant un doigt, une main, un membre sont insensibles et paralysés. Le bout des doigts fourmille, brûle, se déchire. Une secousse soulève le patient à demi endormi et le laisse choir ahuri. Les réveils sont angoissants ; ils semblent causés par un coup de marteau sur la tête, par un éclair, par un bruit éclatant, par une puanteur ; ils s'accompagnent de sueurs et de palpitations.

Cette insomnie n'est pas modifiée par les hypnotiques. Elle a pour caractère propre d'être liée fatalement au surmenage des forces. Elle augmente si le travail a augmenté, diminue et disparaît si le travail a diminué ou cessé tout à fait. « Quand un asthénique, dit Albert Deschamps, se met au lit avec la sensation d'être très fatigué, sa nuit est toujours mauvaise. Le fait est constant. » Le même malade dormira mieux s'il est moins fatigué. « Prenez par exemple un asthénique occasionnellement surmené qui ne dort pas et se plaint d'être éreinté en se couchant. Faites-le coucher à 4 ou 5 heures de l'après-midi au lieu de 10 heures du soir, son heure habituelle, donc avant qu'il ne soit trop fatigué et vous serez surpris de le voir s'endormir lourdement vers 7 heures et dormir douze heures d'affilée ¹. »

¹ A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 194.

Pendant la veille, le surmenage — il faut entendre par là la vie ordinaire, même réduite — amène d'autres troubles. Ce sont des phénomènes douloureux ou plus exactement incommodes, gênants, que le patient n'arrive pas à définir. Leur signalement est justement d'être indéfinissables. Leur caractère clinique est l'emploi de la comparaison pour les désigner ². Je ne sais comment dire... Il me semble que... C'est comme si... On dirait que... — voilà ce que le patient répète. Il n'arrive pas à préciser et à localiser, comme on fait une douleur. Il lui semble que son crâne est vide comme un grelot. C'est comme si le cerveau était entouré d'eau. On dirait que la tête est serrée dans un étau, dans un casque pesant, dans un chapeau qui devient peu à peu trop étroit, dans une bague énorme dont le chaton entraîne la tête en arrière ³. Il semble que les cheveux sont lourds et font mal. On dirait qu'on est tiré par l'échine, que la colonne vertébrale est trop longue, trop sensible au bout. C'est comme si quelque chose frottait entre les épaules, au creux des reins. On dirait de la glace qui coule dans le dos, du feu qui lèche les jambes sans les brûler, des milliers d'aiguilles qui traversent sans douleur les mains et les pieds, une torsion au bout du sein, un agacement aux dents, une brûlure à la langue, une piqûre aiguë au coin de l'œil. C'est comme si on sentait l'intérieur du corps, comme si on assistait à toute la digestion

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 194.

2. M. KLIPPEL. Classification biologique des névroses et des psychoses. *Semaine médicale*, 21 juillet 1909, p. 304.

3. LEVILLAIN. *La neurasthénie*, p. 77.

depuis la bouche jusqu'au rectum, au déplissement des poumons, au suintement du foie, à la contraction du cœur, au cheminement du sang dans le cerveau. Le patient bâille vingt, trente fois de suite, il s'étire sans se délasser, il commence des éternûments sans les achever, il est pris à tout instant d'un besoin pressant d'uriner. Aucun de ces malaises n'est une douleur. Leur ensemble constitue un sentiment importun de l'existence, une intolérable conscience du corps.

Leur caractère commun est d'être inconstants. Ils sont effacés par le repos, ils reparaissent avec le surmenage : avec le surmenage, c'est-à-dire avec ce qui pour l'homme bien portant serait la quasi-inaction.

Si l'effort est excessif, d'autres accidents se produisent qui y mettent brutalement terme. Ce sont des sortes de vertiges, moins soudains et moins irrésistibles que le vertige de Ménière. La vue se trouble, les oreilles bourdonnent, la tête semble vide et l'équilibre fait défaut¹. Ce sont encore des *accès d'anéantissement*. Le patient éprouve une sensation brusque d'anéantissement de toutes ses forces et se trouve incapable de continuer le moindre mouvement².

Il est rare qu'une personne adulte qui a métier, charges, famille et qui est frappée d'une asthénie moyenne soit en mesure de la respecter. Inévitablement et sans cesse elle la force. Elle la prend pour une paresse qu'il faut secouer, pour une fainéantise qu'il

1. CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 517. — E. WHILL. *Des vertiges*, Paris, 1886, p. 63. — L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 80.

2. L. BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 144.

faut combattre. Elle le fait d'autant plus que c'est une maladie profonde, cachée, une sorte de barrière virtuelle qu'on ne sent que quand on la franchit. C'est aussi une maladie ambiguë qui ne réclame pas encore la maison de santé, qui ne permet plus la vie courante. C'est pourquoi les malades de la ville présentent toujours quelques-uns des troubles qui viennent d'être décrits. L'insomnie et la céphalée en particulier sont chez eux de règle, à tel point que Charcot en faisait des symptômes de premier rang, plus que des symptômes, des stigmates. Cela est excessif. Les prétendus stigmates manquent dans les cas où la situation de la personne lui permet un repos suffisant. A l'asile, dans les cas très accusés, le malade ne se plaint pas de malaises particuliers et le sommeil est peu troublé. Exemple plus probant encore, l'enfant asthénique n'a pas mal à la tête et il fait constamment de longs sommeils paisibles. C'est parce qu'au lieu d'exagérer comme l'adulte son travail cérébral ou physique l'enfant ne lutte pas pour donner plus qu'il ne peut¹.

Dans l'observation qui suit, l'insomnie et les malaises secondaires s'ajoutent par intervalles au tableau de l'asthénie. C'est un cas d'asthénie moyenne. Il a été traité par exception à l'asile parce que la malade en avait appris le chemin au cours d'un accès antérieur de manie.

M^{lle} Florence Tam..., trente ans, employée de commerce², vient consulter le 23 septembre 1910 un médecin de l'Admission.

1. J. PHILIPPE et PAUL BONCOUR. *Les anomalies mentales chez les écoliers*, p. 56.

2. Père alcoolique, mère coléreuse. Intelligente, robuste, sobre. Caractère affectueux, habituellement un peu lent et apathique; émotions vives par intervalles, crises de nerfs dans les colères.

Depuis trois mois les forces l'ont abandonnée. Elle s'est aperçue d'abord qu'elle montait lourdement l'escalier. « Au magasin chaque fois qu'il fallait monter je me disais : encore ! J'avais toujours peur qu'on me fît faire quelque chose qui me fatiguât. Il fallait penser à mon ouvrage et je n'en avais pas la force. Je n'avais plus qu'une idée : rester assise. Ce qui se passait dans le magasin m'était indifférent. Je n'avais pas de mal de tête mais une lassitude de tout le corps. Mon cerveau était comme engourdi. Je venais le matin n'ayant qu'une pensée : pourvu qu'on me laisse tranquille, assise ! Même assise s'il fallait aller vite je ne pouvais pas. Je n'avais qu'une envie : rester dans mon engourdissement. Comme cela je ne souffrais pas. » Pendant vingt jours elle se force, elle s'oblige à monter, à descendre. Alors apparaissent l'insomnie, le mal de tête, les malaises. Il lui semble que sa bouche est raide. On dirait que toute sa face se contracte. Elle est obligée d'abandonner complètement le travail.

Elle va à la campagne. Là pour l'entraîner on la pousse à travailler, à marcher. On lui apprend à monter à bicyclette. Les malaises augmentent. « Les gens chez qui j'étais ne connaissaient rien à ma maladie. Ils disaient : Il faut la faire remuer, une forte fille comme cela ; c'est du mouvement qu'il lui faut ! — Je suis susceptible. Il me semblait et on le pensait peut-être, que je n'étais pas courageuse. L'orgueil me prenait et je travaillais. Mais adieu le sommeil ! L'on me faisait marcher deux ou trois heures mais j'étais si anéantie que j'aurais voulu mourir. Ma volonté n'avait plus de force pour commander à mon corps. C'était comme si tous mes nerfs étaient crispés. » Elle ne peut ni coudre, ni lire. Elle ne peut pas pleurer ; cela lui fait autant de mal que de lire. C'est en cet état qu'elle se présente à l'Admission et qu'elle y entre un mois après, le 19 octobre 1910.

Antérieurement, à vingt-trois ans, elle a eu un accès de manie franche qui a duré quatre mois, et qui a été suivi d'une période de dépression de deux mois. Elle a été traitée à Sainte-Anne, dans le service de la Clinique. Elle y est entrée de 1^{er} avril 1903 en pleine excitation maniaque et elle en est sortie guérie le 1^{er} octobre suivant. Elle se rappelle très bien cet accès inverse de l'accès actuel : elle le décrit exactement.

En octobre 1908 après un intervalle de cinq ans d'état normal elle a eu un accès d'asthénie pareil à l'accès actuel. « Si je marchais quelques minutes il fallait m'asseoir. Je me forçais à marcher et je finissais par tomber affalée dans un bureau d'omnibus, inerte, sans pensée, sans m'occuper de la pluie, du soleil, de rien

au monde. J'étais anéantie. » Après les fatigues forcées elle avait de l'insomnie, des soubresauts nocturnes ; il lui semblait que sa bouche devenait raide, que sa respiration manquait ; elle avait mal à la tête. « Je ne répondais pas quand on m'interrogeait. Cela me fatiguait et je ne pouvais pas réunir deux idées de suite. Je restais assise dans la même position pendant des heures entières. Quand je ne pensais à rien, je ne me trouvais pas mal. Je me levais le plus tard possible pour ne pas penser. Tous les bruits me fatiguaient, même les enfants qui crient. La lumière vive aussi. Je cherchais l'obscurité et le silence. Je ne pouvais pas écrire une lettre entière : je me serrais le front, ça me faisait mal. Il ne fallait pas me demander de me rappeler quelque chose. Je me serais arrêtée parce que cela me fatiguait. » Elle avait été obligée de quitter son travail et elle s'était retirée à la campagne. L'état persista sans changement pendant cinq mois. La guérison fut assez prompte. « Je sentais de jour en jour les forces revenir ; l'ennui s'en allait de ma tête. » En mai 1909 elle put reprendre son travail. Pendant un an la santé fut à peu près parfaite. De temps en temps pendant une heure, parfois pendant un jour entier survenaient encore de petits accès d'abattement sans cause. En juin 1910 commence l'accès actuel.

A partir du 22 octobre 1910 sur la demande du médecin M^{lle} Tam... tient un petit journal de ses malaises. En voici quelques extraits où l'on peut saisir sur le vif leur origine dans la fatigue.

22 octobre. — Hier j'ai écrit une lettre. Cela m'a fatiguée, fatiguée.

24 octobre. — Lorsque je me force à réfléchir il me semble que mes nerfs sont comme en caoutchouc très usé. Je dois avoir la cervelle aussi fatiguée que si j'avais soixante-dix ans.

25 octobre. — Ces jours derniers (avant le repos) du sommet du crâne, du côté gauche c'était comme s'il descendait une goutte de sang si glacée que j'y portais la main en croyant que j'allais la retirer mouillée. Je recommence à dormir. Cela me fait du bien. J'ai moins mal à la tête.

26 octobre — (Après une forte émotion : la vue d'une crise hystérique) J'ai senti les nerfs de la tête si tendus qu'ils allaient éclater, craquer. La nuit j'ai senti un côté engourdi, j'ai eu peur d'être paralysée.

6 novembre. — Comme j'ai eu mal à la tête hier, à cause de tout ce monde qui causait en même temps ! Je croyais que ma tête se fendait. Cette nuit je n'ai pas dormi, toujours à cause de ce bruit entendu la veille.

7 novembre. — Aujourd'hui j'ai voulu me forcer à travailler davantage au crochet. Cela ne m'a pas réussi. Le cœur m'a manqué.

9 novembre. — Aujourd'hui je me suis fatiguée. Me sentant un peu plus de force je travaille probablement plus qu'il ne faut et voilà : le soir je suis lasse, je crois que je vais bien dormir et au bout d'une heure je me réveille à chaque instant.

14 novembre. — Par instants je me dis : je ferais bien ceci ou cela mais la peur de me fatiguer me prend et je m'en tiens là. Comme c'est la deuxième fois que je tombe malade je n'ose plus me risquer au travail. Je suis comme l'aveugle, je tâtonne.

M^{lle} Tam... est sortie améliorée le 11 février 1911.

II

L'asthénique moyen qui n'accepte pas son impuissance avec résignation et qui s'obstine en vain à la surmonter présente encore une réaction mentale inévitable, toute naturelle, qui est la douleur morale. Selon son caractère, il se préoccupe ou se désole ou se désespère ; il est triste ou inquiet ou anxieux ; il se lamente ou appelle la mort ou se la donne. C'est ce qui le fait confondre avec un mélancolique.

Esquirol, Baillarger, Benjamin Ball, J. Tastevin ont bien vu que cette douleur morale, à la différence de celle du mélancolique, est parfaitement justifiée et n'est pas disproportionnée à son motif¹. L'asthénie est une affection inquiétante et désespérante au plus juste titre. Frappé dans sa force nerveuse le malade est atteint dans sa valeur personnelle et dans sa valeur sociale. A moins

1. E. ESQUIROL. *Des maladies mentales*, tome I, p. 556. — J. BAILLARGER, note à GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*, traduction Doumic, p. 289. — B. BALL. La torpeur cérébrale. *L'Encéphale*, 1884, p. 370.

d'être détaché de tout il ne peut pas ne pas s'inquiéter. Pour être rigoureux on ne devrait pas placer la douleur morale dans les symptômes de l'asthénie. Elle ne fait pas partie du groupe des phénomènes morbides. Elle en est seulement une des conséquences naturelles. D'autres maladies, la syphilis par exemple, peuvent s'accompagner aussi de préoccupations très vives, parfois de suicide. On ne songera pas à décrire l'anxiété et les idées de suicide parmi les symptômes de la syphilis ¹.

Néanmoins dans l'asthénie, à cause du ralentissement psychique, la douleur morale offre quelques particularités. Et à cause de la confusion si souvent faite avec la mélancolie, à cause de la fréquence des tentatives de suicide il convient de s'y arrêter un peu.

Elle est toujours postérieure à l'apparition des symptômes de l'asthénie. Bien interrogé, le malade répond toujours qu'il a été d'abord fatigué, ensuite triste. Pendant une première période, il a ressenti une nonchalance, un engourdissement, il a éprouvé la diminution de ses forces. Ensuite, la nonchalance se prolongeant, il a été inquiet.

Par exemple une malade de Séglas décrit ainsi son mal : « Cela est venu tout doucement. Je n'eus d'abord que de l'anéantissement, de l'insomnie, puis des idées paresseuses. C'est cela qui m'ennuyait, de me voir ainsi. Mes ruminations ne sont venues que plus tard. » Elle était tout à fait découragée, anéantie, paresseuse. « Je ne pouvais m'appliquer à aucun travail. J'oubliais tout

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Annales médico-psychologiques*, mars 1911.

à l'instant, je me rappelais même difficilement les choses passées. J'avais beau vouloir réagir, je ne pouvais pas... Je me disais : je suis perdue, je ne suis plus bonne à rien, je ne guérirai pas. Qu'est-ce que je vais devenir ? » Et pour cela elle était « inquiète, serrée à l'estomac ¹ ».

La douleur morale en second lieu est motivée uniquement par la conscience qu'a le malade de son incapacité. Questionné sur la cause de sa tristesse il désigne toujours sa maladie. Il est triste parce qu'il est incapable de travailler. S'il guérissait il ne serait plus triste.

Voici, en règle ordinaire, comment l'inquiétude se produit. Le malade a négligé d'abord l'asthénie. C'était une vulgaire paresse, une indolence qui ne mérite pas attention, la *flemme* comme on dit. Quand elle s'est imposée, il a essayé de la secouer. Quand elle a été la plus forte, il l'a malmenée. Les malaises physiques sont apparus. Il a commencé à se sentir terrassé. Alors l'entourage est intervenu. On l'a stimulé. Il faut qu'il lutte davantage, qu'il se remonte, qu'il s'entraîne. Fourbu, épuisé, il donne les suprêmes efforts. Les malaises augmentent. Anéanti, il n'a plus qu'une immense aspiration au repos. Cependant lui-même, l'entourage, le médecin hésitent encore à croire à une vraie maladie. Aucun organe n'est atteint, aucune fonction ne paraît gravement troublée, aucune douleur n'est précise. Une

1. J. SÉGLAS. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895, p. 291-294. — Femme, trente-sept ans. Père mort paralysé, cousine paternelle aliénée. Asymétrie faciale. Caractère sombre, scrupuleux, indécis, impressionnable. Deux accès antérieurs : l'un à trente et un ans, de deux mois, l'autre à trente-quatre ans, de trois mois. Le troisième accès est survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

vraie maladie, on s'y résigne, on prend des dispositions contre elle. Ce mal insidieux a ceci d'angoissant qu'il ne ressemble pas aux autres maladies. Il frappe l'énergie directement, exclusivement, secrètement. Le patient a l'apparence de la bonne santé et l'épuisement réel de la maladie la plus grave. Son inquiétude est d'autant plus grande qu'il n'arrive pas à la faire partager entièrement aux siens.

Une pensée va transformer l'inquiétude en anxiété. C'est la conviction qu'il ne guérira pas. Cette conviction est de règle chez l'asthénique. Chose étrange elle existe même régulièrement dans les cas d'asthénie périodique où le patient a déjà guéri plusieurs fois et se le rappelle. Une malade de Krafft-Ebing à son onzième accès d'asthénie est tourmentée par l'idée que *cette fois* elle ne recouvrera plus la santé¹. Une malade de Georges Dumas, dont l'accès d'asthénie alterne brusquement tous les quinze jours avec un accès de manie, dit chaque fois qu'elle ne guérira pas et qu'elle en a pour la vie². Cette impression singulière vient du caractère même de l'asthénie. Involontairement le malade la compare aux fatigues qu'il a déjà éprouvées. Elles avaient une cause connue. Elles avaient un cours : elles croissaient et elles décroissaient. L'asthénie au contraire n'a aucune cause apparente. On n'en discerne pas l'origine. Et rien ne la modifie, ni le temps, ni le repos, ni le sommeil, ni les drogues, rien. Au lever elle est là, égale à ce qu'elle

1. KRAFFT-EBING. *Traité de psychiatrie*, 5^e édition, traduction Laurent. Paris, 1897, p. 504, observation XLVI.

2. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 44.

était au coucher, constante avec elle-même, implacable. Il est donc naturel qu'on n'en imagine pas la fin.

La conséquence est le désir de la mort, la tentative de suicide, le suicide. Il importe d'insister sur la fréquence du suicide dans l'asthénie. Il est aussi fréquent que dans la mélancolie même. C'est l'élément grave du pronostic. Le clinicien et le médecin légiste ne doivent pas l'oublier. C'est à propos du suicide qu'Esquirol a décrit le premier l'asthénie. Ce sont en règle générale des tentatives de suicide qui amènent l'asthénique à l'asile. Esquirol remarque avec justesse que l'impulsion au suicide est d'autant plus forte que le malade a plus d'occupations habituelles et plus de devoirs à remplir¹. En effet, ce n'est pas comme dans la mélancolie une douleur atroce et extraordinaire qui pousse le malade à la mort, c'est le sentiment net qu'il est inférieur à sa tâche. Il se tient debout et intérieurement il est ruiné. Il fait figure dans le monde et au dedans il est déchu, failli, exécuté. Plus il a de devoirs, plus ce sentiment est fort. Chaque devoir est une échéance qu'il ne peut plus tenir, une traite tirée sur une force nerveuse désormais en défaut. Quand la vie elle-même fait banqueroute, se tuer n'est que déposer son bilan.

Le sentiment de déchéance ne serait pourtant pas suffisant si l'inertie mentale ne préparait elle-même les voies au suicide. L'asthénique a perdu le goût de toute chose. Ses affections sont refroidies et inefficaces. Sa mémoire obscurcie et rétive ne lui représente plus les

1. E. ESQUIROL. *Des maladies mentales*, tome I, p. 556.

raisons valables de vivre. Dans son esprit rétréci, alangui, immobile, rien ne s'élève fortement contre le désir de la mort. Ce plaisir élémentaire de vivre, qui subsiste d'après Mécène jusque dans les infirmités les plus douloureuses, manque ici. La souffrance est un appel à la vie; on a dit avec raison que tout mal dont on ne meurt pas fortifie. Ici la souffrance elle-même fait défaut. Il n'existe à sa place qu'un état de mal-être, un désintérêt, un déplaisir de vivre et un spleen fade qui sont les dispositions les plus favorables au suicide. Le suicide de l'asthénique est moins causé par la force de l'impulsion que par la faiblesse de l'obstacle.

Voici, à titre d'exemple, une observation d'asthénie avec tentative de suicide.

M^{lle} Adèle Lel..., trente-deux ans, lingère chez les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul¹, se jette dans la Seine le 29 juillet 1909. Un passant la retire. Elle est conduite à la préfecture de police, puis à l'Admission et à l'asile de la Maison-Blanche où elle entre le 4 août.

Elle reste assise, inerte, sans rien faire, sans se plaindre. Quand on lui adresse la parole elle répond après un long retard, très lentement. Souvent elle n'achève pas la phrase. Interrogée le 5 août sur son état elle le décrit ainsi (les morceaux de phrase sont séparés par de grands intervalles de silence) : « J'ai le cerveau... on dirait que... je suis un peu... comme imbécile. Je ne me rends compte de rien. Ça fait un peu plus d'un mois que je suis comme ça. Je suis devenue comme hébétée. On dirait qu'il me manque quelque chose... dans les idées, pour penser... pas au physique : j'ai bonne santé au physique. C'est dans le moral. Je ne peux pas penser. Je me suis jetée dans la Seine... l'ennui... Je ne sais pas de

1. Père inconnu, mère saine. Elevée comme orpheline par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, elle est restée ensuite chez elles comme lingère. Caractère scrupuleux et habituellement triste avec des périodes de gaieté. Manque d'initiative, apathie, crainte des responsabilités. Vie affective réduite. Intelligence normale.

quoi ça vient. Je n'ai pas de contrariété positive, j'étais bien, je n'ai pas à me plaindre... Je ne veux voir personne, j'aime mieux être seule... Le cerveau fatigué, le cerveau vide... C'est comme si j'étais devenue imbécile. Quand je veux penser, ça n'aboutit pas. Les personnes qui me plaisaient avant me déplaisent. C'est toujours morne. Du vide, quoi. J'aurais mieux aimé avoir quelque chose de physique ; du mal autrement. Qu'est-ce que je ferai comme ça ? Je me rends compte que ça ne doit pas être. » Elle se plaint d'insomnie, d'inappétence, de vertiges. La circulation et la respiration sont lentes. La menstruation s'est arrêtée.

Antérieurement M^{lle} Lel... a eu deux accès d'asthénie. Le premier à vingt et un ans, en 1897. Elle a été abattue, elle ne mangeait plus, ne parlait plus, ne dormait plus. C'était un affaissement de tout. L'accès a duré un peu plus d'un mois. Le second à vingt-huit ans en 1904. Même découragement, même dégoût de tout, mêmes insomnies, pendant trois semaines. Elle a essayé de se pendre. L'accès actuel est le plus fort. Il dure depuis le commencement de juin 1909.

Le 11 août l'état est stationnaire : « Je ne suis capable de rien. Je suis fatiguée, le cerveau, la tête... C'est comme si ma mémoire m'échappait. Je perds tout ce que je veux dire ou faire. Ce qui est passé j'ai du mal à le retrouver. Pour vivre il faut penser en avant, penser en arrière. Moi tout m'échappe. Je ne sais pas comment ça se produit. Je sens comme du vide dans l'esprit. C'est dans l'esprit. Ça n'a pas de guérison comme une maladie physique. Ça ne passera pas... Mon frère est venu me voir hier ; ça ne m'a pas fait plaisir. Et pourtant je l'aime bien. Je suis restée devant lui à moitié hébétée. Ça m'ennuie de causer. »

Après six semaines de repos complet l'état s'améliore. L'insomnie a disparu. La malade peut faire un peu de couture. La parole est plus vive. Le 20 septembre elle raconte son suicide :

« Ça ne m'a pas pris précipitamment. J'y ai réfléchi. Je savais que c'était mal. Je me disais : je n'arrive pas à faire ce que j'ai à faire. C'était une sorte de désespoir, un découragement... Ça influait sur le corps, ça me portait à la tristesse, ça m'enlevait le goût de manger, de rien faire... Ce n'était pas une tristesse, c'était une faiblesse. Et je pensais que je ne guérirais pas ; c'est pour ça que je me décourageais. Le jour où c'est arrivé je me suis perdue dans les rues, j'ai été longtemps avant de trouver la Seine. Quand j'ai été sur le bord j'ai hésité, je n'ai pas fait ça d'un coup. J'ai attendu qu'il y ait moins de monde. J'ai bien réfléchi une heure. Je me disais bien tout mais j'étais partie le matin sans avoir de

course à faire, on m'aurait demandé ce que j'avais fait, je n'osais pas rentrer. Il y aurait eu un moyen de rentrer que je n'aurais peut-être pas fait ça. J'ai fait ça sans enthousiasme. J'ai fermé les yeux, j'ai essayé de m'étourdir; je me suis laissée glisser tout doucement. Il n'y avait pas grand effort à faire. En me débattant je suis restée sur l'eau grâce à une chaîne. Les autres personnes, c'est le chagrin. Moi ce n'étaient pas d'assez grands chagrins pour ça. C'est bizarre. C'était un découragement, c'était mon vide d'esprit. Depuis que vous soignez des malades c'est la première fois que vous voyez ça. Les autres sont moins bêtes que moi. Ils ont des raisons valables. »

Six semaines plus tard les forces et l'entrain sont à peu près revenus. Il subsiste quelques vertiges. La menstruation n'a pas reparu. M^{lle} Lel... quitte l'asile le 4 novembre. Elle résume ainsi sa maladie : « C'était un dégoût de tout. Rien ne me disait, ni l'argent, ni les bonnes choses. On m'aurait donné le palais de Versailles que ça ne m'aurait pas fait plaisir. »

On voit dans cette observation que le suicide n'a pas eu d'autre motif que l'asthénie. Il en a été le produit presque naturel. Il est survenu par la force des choses ou pour mieux dire par leur faiblesse. L'impulsion était faible mais l'obstacle était plus faible encore. Le dégoût de tout aidant, il a suffi d'une préoccupation un peu obsédante pour le déterminer.

Le dégoût fait partie intégrante de l'asthénie. La préoccupation, malgré la gravité des conséquences qu'elle peut entraîner, est un symptôme secondaire. Elle manque toutes les fois que la situation du patient lui permet de se résigner à l'incapacité.

Par exemple, chez les personnes sujettes à des accès périodiques d'asthénie qui sont entrées plusieurs fois à l'Asile elle finit par disparaître. Ces personnes s'accoutument. Les premiers certificats mentionnent de l'anxiété, des tentatives de suicide, les derniers

constatent seulement les signes propres de l'asthénie.

Elle s'atténue aussi chez les asthéniques chroniques qui s'adaptent à leur situation.

Elle manque dès le début chez les malades peu intelligents ou imbeciles. Ils subissent leur torpeur avec insouciance, ne cherchent ni à la comprendre ni à la pourchasser. Cette indifférence anormale est souvent un bon signe de débilité mentale.

Elle manque encore chez les enfants. Leur âge les préserve de toute responsabilité. Ils ne déplorent pas leur asthénie, ils s'y adonnent.

Elle manque enfin chez les grands asthéniques. Ceux-là sont atteints trop profondément pour réagir, si faiblement que ce soit. Ils sont traités au lit; ils y restent anéantis, sans protestation, sans pensée, sans chagrin.

Dans tous ces cas, la douleur morale manque aussi bien que la douleur physique. Ce qui montre que l'une et l'autre sont dans l'asthénie des épiphénomènes.

CHAPITRE IV

HISTOIRE CLINIQUE

I

Le problème de l'étiologie et de la pathogénie de l'asthénie primitive ne sera pas abordé ici. Au simple point de vue des apparences cliniques, l'affection se comporte souvent comme une affection congénitale, latente. Elle débute quelquefois dans l'enfance, quelquefois à la puberté, plus ordinairement vers vingt ans. C'est le cas, par exemple, de M^{lle} Lel... qui a eu un premier accès à vingt et un ans, un second à vingt-huit ans, un troisième à trente-deux ans. Ce cas est fréquent. Mais il est fréquent aussi de voir débiter l'asthénie à trente ou quarante ans. M^{lle} Dub... a eu son premier accès à trente-trois ans. M. X... de la Martinique a eu son atteinte à quarante ans et demi.

Il arrive qu'elle débute plus tard encore. Une malade de Ritti, M^{lle} Reine, a eu un premier accès d'asthénie franche à soixante-quatre ans. A soixante et un ans, elle avait perdu toute sa fortune. A la suite du choc moral elle présenta de la mélancolie vraie, avec délire et agi-

tation, et en guérit. Trois ans plus tard, survint sans cause un accès d'asthénie, suivi de sept autres accès semblables, auxquels succédèrent à soixante et onze ans, des accès à double forme. Elle fut internée huit fois à la maison de Charenton avant d'y entrer définitivement. L'asthénie franche est bien décrite dans les certificats, surtout dans les plus récents¹.

Dans ces cas, la prédisposition paraît ne pas suffire. J. Tastevin a montré qu'on trouve presque toujours, avant l'atteinte d'asthénie vraie, une première grande perturbation des forces, comme celle qui résulte de certaines infections, d'un long surmenage, d'une anémie grave, d'une attaque d'apoplexie ou d'une douleur vive et prolongée. On trouve en un mot une profonde asthénie secondaire. Cette asthénie secondaire disparaît selon la règle progressivement. Quelque temps après apparaît l'asthénie franche, qui n'a pas de tendance à diminuer, l'asthénie en plateau.

Le cas de M. X..., de la Martinique est typique. La catastrophe qui anéantit sa famille, ses biens, sa situation, le déprime formidablement. Il se remet peu à peu, l'asthénie secondaire passe. Un an et demi après, survient l'asthénie essentielle qui va durer cinq ans. Benjamin Ball donne une observation analogue. Un homme, après une ruine complète et après que le chagrin s'est dissipé, tombe dans une *torpeur cérébrale* qui dure un an et demi. Ball compare son état à l'asthénie post-

1. A. RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*, p. 79-82, observation X.—Cousin maternel mélancolique, suicidé. Rien à signaler jusqu'à soixante et un ans.

typhique¹. Sauze cite de même un jeune homme assailli par des malfaiteurs qui reste sous le coup de la frayeur pendant deux jours, puis tombe dans une *stupidité primitive* qui dure dix mois. Une fois guéri, il déclare qu'il n'a jamais eu pendant ces dix mois ni idée triste, ni hallucination pénible².

Le cas de M^{lle} Reine est analogue. Après la perte de sa fortune, elle devient mélancolique au sens propre avec des idées de persécution, de l'anxiété, de l'agitation motrice. Trois ans après commence la série des huit accès d'asthénie pure qui aboutiront au bout de sept ans à un roulement continu de courts accès d'asthénie et de manie. Les certificats montrent la disparition complète des idées délirantes et de l'agitation anxieuse. Il ne subsiste que l'inertie, le *défait d'initiative*, la *demi-stupidité*, c'est-à-dire les signes propres de l'asthénie auxquels s'ajoutent seulement des *préoccupations hypochondriaques*, c'est-à-dire la préoccupation de son état qui est de règle chez l'asthénique.

Ainsi, une atteinte de mélancolie vraie et légitime peut précéder une atteinte ou une série d'accès d'asthénie simple. Marcé en donne un exemple précis. « J'ai vu, dit-il, une malade qui à la suite d'un *accès de mélancolie délirante avec agitation* passait ses journées inoccupée, immobile... » Suit une description d'asthénie typique. « ...Et cependant *les conceptions délirantes*

1. B. BALL. La torpeur cérébrale. *L'Encéphale*, 1884, p. 373. Voir plus haut, chap. II, p. 29.

2. SAUZE. Stupidité primitive. *Annales médico-psychologiques*, 1853, p. 344. Voir plus haut, chapitre II, p. 22.

avaient complètement disparu¹. » La mélancolie semble agir par l'asthénie secondaire considérable que produit une douleur morale si vive et si prolongée. « Il arrive, dit Marandon de Montyel, qu'un malade atteint en premier lieu de mélancolie, traverse une phase assez longue d'anxiété pour aboutir à une *stupeur prolongée* d'où il sort guéri². » Cette stupeur est l'asthénie secondaire à la douleur. Si la douleur morale une fois disparue, l'asthénie, au lieu de s'effacer lentement, subsiste seule, persiste sans variation et tend à récidiver, c'est qu'à l'asthénie secondaire a succédé une asthénie essentielle. J. Tastevin donne une observation dans laquelle neuf ou dix accès d'asthénie simple suivent un accès de mélancolie véritable³.

Dans l'exemple de M^{lle} Dub..., de grands surmenages de seize et dix-sept heures de travail par jour ont joué le même rôle. D'autres fois, une fièvre typhoïde particulièrement adynamique, une atteinte sévère de rhumatisme dont le malade a pu guérir parfaitement, une grippe même bénigne, des métrorragies abondantes, une attaque d'apoplexie sont les points de départ d'asthénies indéfinies. Raymond et Pierre Janet ont présenté un malade atteint à cinquante ans d'*aboulie primitive* pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et dont l'état durait sans changement depuis trois ans⁴.

1. L.-V. MARCÉ. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 324. Voir plus haut, chapitre II, p. 47.

2. MARANDON DE MONTYEL. De la mélancolie et de ses diverses variétés. Société médico-psychologique, séance du 27 janvier 1890. *Annales médico-psychologiques*, 1890, I, p. 283.

3. J. TASTEVIN. Les dysthénies périodiques. *Annales médico-psychologiques*, mai 1911, Observation I.

4. F. RAYMOND et P. JANET. *Névroses et idées fixes*, tome II, p. 29. F. Alcan.

En résumé, le début de l'asthénie primitive est tantôt entièrement spontané. Il se produit alors sans occasion apparente, souvent autour de la vingtième année; c'est une maladie de la jeunesse dans le même sens que le somnambulisme est une affection de l'adolescence, la chorée de la seconde enfance, les convulsions de la première. Tantôt le début est tardif. Il a été d'ordinaire précédé, à intervalle variable, par quelque violente dépression des forces. Cette dépression due à des causes diverses a disparu. L'asthénie proprement dite est une sorte de séquelle à existence propre qui va évoluer de façon indépendante.

II

Sur l'évolution, Esquirol, qui le premier a décrit l'asthénie primitive, a noté l'essentiel. « J'ai vu, dit-il, cette maladie persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans; je l'ai vue alterner avec la manie, avec la santé parfaite. Quelques malades étaient pendant six mois maniaques *ou bien portants* et pendant six mois accablés par le sentiment de leur impuissance physique, intellectuelle et morale qui leur faisait désirer la mort ¹. »

Il faut ajouter qu'héréditaire ou acquise la maladie elle-même est toujours constitutionnelle et a par conséquent une durée indéfinie.

Habituellement elle évolue par accès de durée variable

1. E. ESQUIROL. *Des maladies mentales*, tome I, p. 556.

qui reviennent de façon intermittente au bout de périodes plus ou moins longues de santé parfaite. C'est la forme clinique type : l'asthénie périodique.

A un des retours de l'asthénie peut se substituer ou s'ajouter un accès de manie. D'où une seconde forme : l'asthénie périodique alternant avec la manie.

L'une et l'autre enfin de ces formes peuvent prendre le type chronique par l'effacement progressif des intervalles de santé. Dans le premier cas, les intermissions sont remplacées par de simples rémissions plus ou moins accusées, à travers lesquelles l'asthénie persiste continuellement. Dans le second cas, l'asthénie et la manie se succèdent l'une à l'autre sans interruption dans une sorte de roulement circulaire.

De là au total quatre formes cliniques à considérer : *l'asthénie périodique simple, l'asthénie-manie périodique, l'asthénie chronique rémittente, l'asthénie-manie circulaire.*

III

L'asthénie périodique simple, c'est-à-dire la suite irrégulière et indéfinie d'accès d'asthénie, sans aucune intervention de manie, est très commune.

Krafft-Ebing, qui à tort la croit rare, en fournit sous le nom de *mélancolie périodique* une bonne observation.

C'est une femme qui à vingt-quatre ans, quelque temps après un accouchement et un deuil cruel, a un premier accès d'asthénie qui dure cinq mois (février-juillet 1869), puis successivement dix autres. Le second dure six mois

(mars-septembre 1870), le troisième cinq mois (mars-août 1871), le quatrième quatre mois (avril-août 1872), le cinquième cinq mois (mars-août 1873), le sixième dix mois (septembre 1874-juillet 1875), le septième sept mois (septembre 1875-avril 1876), le huitième huit mois (septembre 1876-mai 1877), le neuvième sept mois (septembre 1877-août 1878), le dixième six mois (décembre 1878-avril 1879), le onzième dix-sept mois (octobre 1879-mars 1881). L'accès débute brusquement. La malade est tout d'un coup sans énergie, sans courage, incapable de n'importe quel travail, lasse, abattue, épuisée, surtout le matin. Elle sent une profonde entrave intellectuelle. Elle est indifférente à tout. Elle éprouve avec chagrin le sentiment qu'elle est incapable de remplir ses devoirs de mère et de femme de ménage. Elle est tourmentée par l'idée que *cette fois* elle ne recouvrera plus la santé et elle souhaite la mort. Elle a de la constipation, de l'insomnie et quelques malaises physiques : pression douloureuse à l'occiput, engourdissement des mains, douleurs des cuisses, serrement aux pieds, impression *comme* s'ils étaient pris dans un cerceau. Aucun traitement ne réussit. L'accès passe brusquement. La malade n'a jamais été internée¹.

Marandon de Montyel donne l'observation d'une femme qui, à trente-huit ans, avait eu quatre accès de *stupidité avec conscience* ², J. Tastevin celle d'une femme

1. KRAFFT-EBING. *Traité de psychiatrie*, 5^e édition, traduction Laurent. Paris, 1897, p. 501, observation XLVI. M^{me} Danisch, trente-cinq ans. Oncle maternel aliéné, mère aliénée, frères et sœurs névropathes, Encéphalite à quatre ans. Vaginisme.

2. E. MARANDON DE MONTYEL. Recherches cliniques sur la folie avec

qui pendant trente-quatre ans a eu tous les ans un accès d'asthénie d'environ six mois¹.

Voici une observation d'asthénie périodique où cinq accès successifs d'asthénie pure ont suivi une atteinte de mélancolie vraie avec confusion.

M^{me} Jeanne Teys... femme Bail...² tombe à trente-trois ans, pendant la convalescence d'une grippe, dans un état de délire mélancolique avec hallucinations, agitation, propos incohérents, refus d'aliment. Elle tente de se suicider en se coupant les veines de l'avant-bras. Elle est conduite au Dépôt le 8 janvier 1898, à l'Admission le 9 janvier, à l'Asile de Villejuif le 18 février. Elle ne répond pas aux questions. Tantôt elle marque son anxiété et sa frayeur par des mouvements violents ; elle pleure, déchire, casse, mord, crache à la figure. Tantôt elle reste inerte, le regard fixe. Elle penche la tête, regarde sa main, paraît indifférente à ce qui se passe autour d'elle. La bouche est sèche, les narines fuligineuses. Cet état cède au bout de trois mois. Le 14 avril la malade peut être rendue à sa famille.

Deux ans plus tard le 23 avril 1900 elle est ramenée à l'Admission. Cette fois il n'y a plus ni hallucination, ni agitation, ni mélancolie proprement dite. Il n'y a que de l'asthénie. C'est le commencement d'une série d'accès d'asthénie simple. Elle dit au médecin : « Je suis anéantie, je n'ai plus de force. » Depuis deux mois, sans cause apparente, elle ne peut plus s'occuper, elle ne fait rien. Elle a peur de ne pas guérir. Envoyée à Villejuif le 26 avril elle en sort guérie le 10 mai. L'accès a duré environ trois mois.

Cinq ans après le 5 mai 1905 une tentative de suicide la conduit de nouveau à l'Admission. « Depuis deux mois, dit-elle, je n'ai pas d'énergie, je n'ai pas de force, je ne suis bonne à rien, je ne peux plus travailler. Je ne dors pas, j'ai mal à la tête... J'aime mieux mourir. » Elle se rappelle mal son essai de suicide. « J'ai

conscience. *Archives de neurologie*, 1883, p. 38, observation XIII. Voir plus haut, chapitre I^{er}, p. 31.

1. J. TASTEVIN. Les dysthénies périodiques. *Annales médico-psychologiques*, mai 1911, observation III.

2. Père alcoolique. Trois frères morts de convulsions en bas âge. Fièvre typhoïde dans l'enfance. Cette malade a été observée par M. Paul Garnier, par M. Magnan, par M. Toulouse, par M. Dupouy et par l'auteur.

la mémoire comme brouillée. » Renvoyée à Villejuif elle dit qu'elle est anéantie, brisée. Elle a de grands maux de tête qui l'empêchent de faire son ouvrage. Elle a un dégoût de la vie qu'elle ne peut motiver. On note la constipation, la lenteur du pouls qui est de 66 pulsations à la minute. On ne peut saisir aucune hallucination, aucune idée délirante, aucun motif de chagrin autre que sa maladie. Elle sort guérie le 17 juillet. L'accès a duré quatre mois et demi.

Deux ans passent. Le 23 juin 1907 elle revient à l'Asile Clinique pour le même trouble. « Il y a des moments, dit-elle, où je suis anéantie. Je me sens incapable de rien faire. Il y a des moments où j'ai ma mémoire et d'autres où je ne sais plus. Il vaudrait peut-être mieux mourir. » Elle est envoyée encore à Villejuif d'où elle sort guérie le 24 juillet. L'accès a duré environ deux mois.

Un an après, au commencement d'août 1908, elle essaie de s'étrangler. Elle rentre à l'Admission le 13 août. « Je n'ai plus de courage à rien, je ne peux plus faire mon ouvrage. Je suis anéantie. J'ai mal à la tête et partout. Pourquoi suis-je toujours malade ? » Elle est de nouveau traitée à Villejuif. Elle en sort guérie le 24 septembre. L'accès a duré environ deux mois.

Deux ans et quatre mois s'écoulent. Le 23 janvier 1911 elle est encore devant le médecin de l'Admission. « Depuis un mois je ne peux plus faire mon ouvrage. Je suis anéantie, sans force. Je ne peux pas travailler. Je pleure de me trouver comme ça... Je ne peux pas faire ma besogne. Je ne peux même pas coudre. Je me dis : il faut que je fasse ça et je ne le peux pas. Je ne peux plus me mouvoir. Je ne peux plus m'occuper de mes enfants. Si je veux me rappeler une chose, c'est comme si je ne savais plus. » Elle répond mal, en effet, sur ses internements antérieurs. « Si j'allais ne pas guérir ! Si j'allais rester comme ça ! Il vaudrait mieux que je sois morte. » Elle a de la constipation, de l'insomnie, des malaises. Elle est envoyée pour la sixième fois à Villejuif le 24 février. Comme les autres fois son état s'améliore bientôt. Trois semaines plus tard elle écrit au médecin : « Je me suis trouvée bien malade, fatiguée, découragée mais maintenant je suis bien revenue. Autant je me trouvais mal à mon aise, autant aujourd'hui je me sens remise et j'ai du courage à travailler. » Elle est rendue à sa famille le 13 mars. L'accès a duré environ trois mois.

Pendant aucun des cinq derniers accès M^{me} Teys... n'a présenté d'idées délirantes ni d'autre tristesse que celle que lui a causée chaque fois son incapacité de travailler. Pendant l'intervalle des accès l'activité est normale.

Il faut remarquer dans cette observation la parfaite ressemblance entre eux des cinq derniers accès et leur commune différence avec l'accès initial.

Dans l'asthénie périodique, trois points sont à considérer : la durée des intervalles, les modes d'invasion et de terminaison, la durée des accès.

La durée des intervalles est très irrégulière. Elle varie de quelques semaines à plusieurs années. Il arrive qu'un accès survenu vers vingt ans ne soit suivi d'un second accès qu'à quarante ou cinquante ans.

Peut-on admettre l'existence d'un accès isolé d'asthénie franche, d'un accès unique constituant à lui seul toute la maladie ? Comme pour la manie franche la question est pendante. Elle revient à celle-ci : à la fin d'un accès, le patient peut-il être regardé en certains cas comme définitivement guéri ? On conçoit la difficulté de la réponse.

Le long accès de cinq ans de M. X... de la Martinique pourrait être donné comme exemple d'un accès isolé. Mais que réserve l'histoire future de M. X... ? La malade de Jean-Louis Brachet, M^{me} Clavel a eu un seul accès observé par Brachet. Son histoire ultérieure n'est pas connue. On voit par le cas de M^{lle} Reine que même après soixante ans l'asthénie vraie a tendance à récidiver périodiquement. L'ensemble des faits connus tend à prouver que l'asthénie franche de même que la manie franche¹ se manifeste en règle presque absolue par des accès répétés.

1. Gilbert BALLET et René CHARPENTIER. Statistique sur la fréquence des récidives des accès de manie. *L'Encéphale*, 10 juin 1909, p. 601. —

L'invasion est en certains cas très brusque. En quelques jours, parfois en quelques heures, l'asthénie atteint son maximum. Le patient est *fauché*. C'est le cas de la malade de Krafft-Ebing. C'est loin d'être la règle. Assez souvent le patient dit que l'affection a commencé tout d'un coup, voulant dire par là qu'un certain jour un fait frappant lui a révélé son incapacité. Une enquête plus méticuleuse montre que depuis quelque temps déjà les forces faiblissaient.

Fréquemment le début est insidieux. L'asthénie s'installe insensiblement, sans avertissement, à la muette. Elle est chaque matin un peu plus profonde que la veille ; elle atteint lentement son point extrême, où elle se maintient ensuite, en plateau. Le patient s'y enlise. Quand il sent l'entrave, il est déjà garrotté. C'est le cas de la malade de Brachet, de M^{lle} Dub..., de M^{lle} Tam..., de M^{lle} Lel... Au début, M^{lle} Tam... n'éprouve qu'une lourdeur à monter l'escalier ; un peu après elle aspire à rester constamment assise ; au bout de vingt jours, elle est obligée de quitter son magasin ; au bout d'un mois, elle ne peut plus ni lire ni coudre et à ce degré l'état persiste ensuite, sans s'aggraver, sans s'améliorer.

La terminaison est en certains cas assez rapide ; il arrive qu'elle soit presque subite. Dès que les forces ont commencé à reparaitre elles affluent ; le malade s'ébroue, retrouve son entrain et reprend allègrement la vie courante.

D'autres fois la terminaison est très lente. Par exemple M^{lle} Lel... peut quitter l'Asile avant que les troubles aient entièrement cédé et avant que la menstruation ait reparu. Quand l'évolution est suivie de très près, la terminaison lente paraît la plus commune. Même dans un cas typique de guérison brusque comme celui de M. X... de la Martinique, l'analyse intérieure minutieuse a montré que depuis six mois les forces renaissaient sans que rien ne le manifestât à l'extérieur.

La durée des accès est variable. Une longueur de quatre à huit mois est une moyenne fréquente. Il y a des accès beaucoup plus longs. Il y en a de beaucoup plus courts. Le premier malade bien observé, le serrurier d'Esquirol, a présenté à des intervalles irréguliers dix à douze accès qui duraient huit jours et se terminaient tout à coup¹.

Y a-t-il des accès plus courts encore, des accès ne durant qu'un jour ou deux, ou même une heure ou deux ? Il le semble. M^{lle} Tam... a noté dans l'intervalle de deux périodes typiques d'asthénie de petites crises d'abattement sans cause qui la frappaient pendant une heure, quelquefois pendant un jour entier.

Bornstein a observé chez un homme de cinquante-quatre ans atteint auparavant de névralgies très douloureuses des accès *d'asthénie paroxystique* qui durent de quelques heures à deux jours. Ils surviennent brusquement et disparaissent de même. Ils se produisent à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et sans

1. E. ESQUIROL. *Des maladies mentales*, tome I, p. 557. Voir plus haut, chapitre II, p. 6.

phénomène prémonitoire. Brusquement, au milieu de la conversation par exemple, cet homme éprouve un affaïssement général. Sa voix s'éteint rapidement. Il est obligé de s'asseoir ou de s'étendre et parfois même se laisse tomber sur le sol. Il a les extrémités froides et gonflées, il claque des dents. Son pouls est petit et bat de 80 à 90 pulsations. Pendant toute la durée de l'accès il a nettement conscience de ce qui se passe autour de lui. Ses mouvements volontaires sont faibles et lents, sa marche est pénible, ralentie, vacillante; il se fatigue très vite. Il éprouve une difficulté très grande à penser : *c'est comme si le cerveau était vide*. Il devient indifférent à l'égard des siens ¹.

Il faut de même rattacher à l'asthénie primitive l'affection curieuse que Laups a décrite en 1897 sous le nom de *mélancolie bénigne intermittente*. C'est une sensation de désespoir complet, d'abandon complet de toute énergie qui survient tout d'un coup et vous terrasse. Voici comment un patient la décrit : « Quand la crise survient rien ne m'intéresse plus ; tout ce qui me souriait, m'enthousiasmait, me passionnait n'existe plus. J'éprouve un immense désir de repos, comme pourrait le désirer un homme fatigué par une route très longue et qui, n'en pouvant plus, *s'étendrait au milieu du chemin*, désespérant d'arriver. Presque toujours la crise va plus loin et je souhaite la mort ; souvent la seule chose dont je sois capable est de penser à me suicider et vous savez

1. BORNSTEIN. Asthenia paroxysmalis. *Neurologische Centralblatt*, 1905, p. 676. Observation citée par J. TASTEVIN. Les dysthénies périodiques. *Annales medico-psychologiques*, mai 1911, observation XI.

que j'ai tenté de le faire et peut être le ferai-je. Ce que je ne pourrai jamais vous faire comprendre, c'est la haine, le dégoût, la fatigue de la vie éprouvée par moi à ces moments-là et vous ne me croirez pas si je vous dis que j'éprouve alors un désir complet de mourir. Je voudrais le néant. » Un autre patient dit : « Quand la crise survenait, j'étais subitement terrassé. Je ne m'explique pas comment je ne céda pas au désir de *m'étendre à terre au milieu de la rue*. » La crise est toujours inopinée et sans motif. « Au début, dit le premier, je rapportais ces crises à des causes banales. En réalité, la crise arrive parce qu'elle doit arriver ; elle surviendra n'importe quand, n'importe où. Parfois elle est venue certains jours où je me sentais complètement heureux... En plein bonheur dans une vie calme et tranquille où j'ai tout sous la main, elle m'envahit et me fait souffrir... L'épouvante de mon mal a diminué lorsque j'ai compris qu'il s'agissait de crises ayant un commencement, un milieu, une fin. Je garde assez de présence d'esprit pour me dire : ce n'est rien, c'est une crise qui passera ; patientons ! — Mais l'état est tellement douloureux que je me sens submergé par le désir de mourir. » Les crises ont commencé à l'âge de quatorze ans. Elles surviennent à intervalles irréguliers, sans règle apparente, en général le soir, et sont passées le lendemain. Quand le sommeil se produit, si je puis m'endormir, je me réveille guéri. » Il n'y a jamais eu de période d'excitation.

Le nom de *mélancolie* ne convient pas à ces crises puisqu'elles ne consistent pas en une douleur morale

mais en une chute brusque et profonde des forces. Quant à leur *bénignité*, elle est relative puisqu'elles peuvent déterminer le suicide. Laupts fait remarquer avec justesse qu'un certain nombre de suicides sans motif peuvent être attribués à cette affection. Il retrouve en somme les malades qui avaient attiré l'attention d'Esquirol.

On voit par là que l'intensité de l'asthénie n'est pas proportionnelle à sa durée. Quand se présente un accès d'asthénie périodique, aucun indice intrinsèque ne permet d'en prévoir la longueur.

IV

L'asthénie primitive alterne fréquemment avec la manie périodique. On ne recherchera pas ici les liens qui unissent les deux affections dont les caractères cliniques sont diamétralement opposés. Cliniquement, l'*asthénie-manie périodique* (c'est-à-dire l'alternance irrégulière de l'asthénie et de la manie périodique) se rencontre aussi souvent que l'asthénie périodique simple.

Cinq ans avant son premier accès d'asthénie, à vingt-trois ans, M^{lle} Tam... a eu un accès de manie franche qui a duré quatre mois. Voici, en abrégé, une autre observation un peu différente :

M^{me} Eugénie Bousq... femme Dels..., quarante-neuf ans¹, fermière à R... (Lot) entre à l'Admission le 7 octobre 1910 en pleine

1. Pas de renseignements.

La maladie aurait commencé à quarante-trois ans, à la suite d'un grand chagrin causé par le départ de son fils unique pour le régiment.

exaltation maniaque. Elle rit et chante, l'œil est vif, la voix claire. Elle adresse la parole à tout le monde, elle gesticule, prend des allures de prédicateur, joue du tambour, se coiffe et se décoiffe sans cesser de parler. Elle raconte bien volontiers son histoire. Depuis six ans, elle a des périodes de grand abattement et des périodes de grand contentement qui tantôt se suivent, tantôt sont séparées. Elles durent chacune parfois une ou deux semaines, parfois trois ou quatre mois. Elle les dépeint avec un certain pittoresque rustique.

L'abattement : « Ce n'est pas à cause des peines. Ça vient tout d'un coup. Ça m'attrape comme si on me f... un coup de fusil. Par exemple, ça peut me prendre en marchant. Je me couche par terre, n'importe où, dans les bois. Je reste là quelquefois une heure et ensuite je marche bien lentement, d'un pas triste, pour aller jusqu'à la maison. Et je me jette sur mon lit. Je ne peux voir personne ; aucune figure ne me donne de plaisir. Je voudrais vivre les yeux fermés. Mes idées ne sont plus à moi. Je ne peux plus compter, je ne me rappelle plus les choses. Je suis comme une personne évanouie, comme une personne innocente. L'orgueil m'empêche de fermer ma porte. Je ne veux pas qu'on dise : Eugénie est au lit. Quand on frappe, je ne dis rien, je reste immobile. Les enfants appellent, sifflent, crient : je ne dis rien, je reste immobile. On dit : « Elle est sortie ! » Quand je n'ai plus de pain, je ne mange plus, je bois de l'eau.

Mes brebis sont restées quelquefois des mois entiers sans me voir. J'aime beaucoup mes brebis, je suis fille d'un berger. Quand je suis abattue, je les aime bien, mais je ne peux plus m'occuper d'elles. Je me dis : elles ont assez à manger et une grange pour se reposer. Les souris mangent mon blé, je ne m'en occupe pas. Je le plains parce que mon fils l'a fait venir de ses bras. Je pense : « Mon Dieu ! Mon fils a fait venir ce blé et les souris le mangent. Et lui, il faut qu'il l'achète au prix de son travail à Paris. Mais je dis : Tant pis pour le blé ! — Mon fils m'écrit des lettres très gentilles, et moi je suis restée trois mois sans lui écrire. Je ne pense qu'à mourir parce que je n'ai plus mes membres pour gagner ma vie. Je pense : « Te jettes-tu dans la citerne ? » Mais je dis : « Mon Dieu ! Ce sera un déshonneur pour lui ! » Je dis encore : « Il faut le faire d'une autre manière, en faisant boire tes vaches, te jeter avec le seau dans la citerne. On dira : c'est fait par inattention, c'est un malheur. Je regarde trente mille fois la citerne, en disant : « Le fais-tu ? » Ça finit tout d'un coup, comme un coup de fusil, par un goût de pleurer. Je fais un bon rêve, ça annonce la fin. Je

me dis : « Tu vas te présenter comme bonne, tu gagneras ta vie. Je pleure de joie, je suis contente et je pars vite. » — Après l'abattement, toujours le contentement.

Période de contentement : « Je cours dans le pays pendant des mois entiers sans me coucher ni le jour ni la nuit. Je marche, je marche, pas de mon pas ordinaire, je suis gaie, contente. Quand je suis dans les bois où personne ne me voit, je remue les bras comme des ailes. Les bras sont les ailes du corps. Et au pas de galop, tant que je peux. Je pars pour faire mon contentement. En vingt minutes, je fais au galop quatre kilomètres pour aller voir ma sœur. Je pars au son de l'Angelus si mon idée me le dit, ou à minuit, ou à quelque heure qu'il soit... Quand j'arrive au village (je sais que ma sœur me recevrait mal au milieu de la nuit), je vais dans la grange m'asseoir sur la paille. A la pointe du jour, je sors de la grange, je cours prier à l'église puis rendre visite à ma sœur, en lui disant que j'arrive. Une bonne soupe, un bon déjeuner ; je suis gaie, je vais travailler dans les champs, moissonner, ensuite marcher encore, toujours gaie, toujours contente ; quand je ne peux plus marcher, je tombe un jour sur mon lit, en désirant mourir. C'est l'abattement qui commence. »

Ainsi l'asthénie s'engrène à la manie, la manie s'engrène à l'asthénie. Le roulement cependant n'est qu'ébauché. Souvent l'accès annoncé tourne court et il s'intercale une longue période d'état normal.

A l'Admission, l'exaltation maniaque ne persiste que pendant six jours. Le 13 octobre, brusquement, elle fait place à un état de dépression profonde, M^{me} Bousq... ne répond plus. Elle est inerte, les yeux caves, les joues creuses, les traits du front plissés, comme ankylosée et engourdie. Il faut deux infirmières pour la porter ; si on soulève le bras, il retombe de tout son poids ; elle mange très peu ; elle respire difficilement. Elle refuse d'écrire, elle esquisse à peine le geste. En cet état, elle est transférée à Villejuif le 15 octobre.

Dans l'alternance des accès, plusieurs cas peuvent se présenter. Tantôt, comme l'a observé Jean-Pierre Falret, l'accès d'asthénie et l'accès de manie sont séparés nettement et largement par un intervalle de santé parfaite. C'est le cas de M^{lle} Tam... Une observation

typique est donnée par Ludovic Meyer¹. Elle est résumée en tableau par Ritti². En voici le schéma : Asthénie : six mois. Intervalle, huit mois. — Manie : six mois. Intervalle, trois mois. — Asthénie : trois mois et un quart. Intervalle, cinq mois. — Manie : quatre mois. Intervalle, deux mois et demi. — Asthénie : cinq mois. Intervalle, cinq mois. — Manie : six mois. Intervalle, trois mois. — Asthénie : cinq mois et demi.

Tantôt, comme l'a décrit Baillarger, deux accès de forme contraire se succèdent sans intervalle, sont *soudés* l'un à l'autre.

Un troisième, un quatrième accès peuvent se souder encore aux deux premiers et former avec eux une série à trois, à quatre termes qui sera séparée par un intervalle normal, soit d'un accès isolé, soit d'un accès à double forme, soit d'une série analogue. L'observation complète de M^{me} Bousq... montrerait réalisés plusieurs de ces cas.

Enfin dans une série d'accès de même forme un ou plusieurs accès de forme contraire peuvent s'intercaler irrégulièrement. La réalité clinique est extrêmement variée. Dans l'alternance de l'asthénie et de la manie toutes les combinaisons théoriquement possibles se rencontrent cliniquement.

Le fait clinique important est la tendance de l'asthénie à amorcer la manie, de la manie à amorcer l'asthénie.

1. L. MEYER. Ueber circuläre Geistes Krankheiten. *Archiv. für Psychiatrie*, t. IV, 1874, p. 144.

2. RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*, p. 187.

D'où la fréquence des accès à double, à triple, à quadruple phase.

Il convient de faire toutefois une distinction assez délicate.

Toute excitation prolongée des forces est suivie normalement d'une certaine dépression. Il est donc naturel qu'un accès de manie ayant duré plusieurs mois soit suivi d'une dépression d'une semaine ou deux. Par exemple après son grand accès de manie de quatre mois M^{lle} Tam... a été abattue pendant plusieurs semaines : « J'étais fatiguée, dit-elle. Quand je marchais, j'étais lasse tout de suite. Je m'ennuyais et je pleurais. Les forces sont revenues graduellement ; je n'ai repris mon travail qu'au bout de deux mois. »

Il n'y a pas là un accès autonome d'asthénie, un véritable accès *en plateau* qui subsiste par lui-même. Il n'y a qu'une asthénie secondaire qui est la suite, la queue de l'accès de manie et qui, à mesure qu'elle s'éloigne de l'accès, va en se dissipant.

Inversement, un accès d'asthénie se termine quelquefois par une période d'excitation ; Billod a bien vu le fait qu'il a eu tort de généraliser. « Dans cette forme d'affection (la folie à double phase), dit-il, la lypémanie est la forme principale et la phase de manie n'est que le *produit de la réaction* de la phase mélancolique.¹ » Ph. Tissié a signalé après la fatigue normale certains cas d'excitation maniaque². J. Tastevin a recherché l'ac-

1. BILLOD. Des diverses formes de lypémanie *Ann. médico-psychol.* 1856, I, p. 333.

2. Philippe TISSIÉ. *La fatigue et l'entraînement physique*, Paris. F. Alcan, 1905, p. 52.

cès maniaque qui succède parfois à l'asthénie d'une hémorragie, d'un accouchement, d'une crise d'épilepsie. Il a groupé ces faits importants sous le nom d'*asthénomanies secondaires*. Il ne s'agit pas en effet d'un accès propre de manie, mais d'une manie secondaire, peu durable, qui n'a d'existence que par l'accès d'asthénie qu'elle termine avec éclat¹.

Souvent, à la vérité, cette asthénie secondaire, cette manie secondaire sont justement les amorces d'accès véritables très légitimes et très persistants. C'est un passage délicat à saisir. En bonne règle clinique, on peut établir ceci : Quand à un accès de manie succède une période de dépression, à un accès d'asthénie une période d'excitation, si les symptômes nouveaux tendent à s'effacer graduellement, il n'y a pas lieu de compter à part ces périodes. Elles font partie en réalité de l'accès qui les précède. Si au contraire les symptômes nouveaux, au lieu de suivre une courbe descendante se maintiennent sans variation, il faut compter un nouvel accès qui a alterné avec le précédent.

V

L'asthénie chronique est ordinairement une terminaison de l'asthénie intermittente ou alternante. Après un ou plusieurs accès d'asthénie ou de manie de durée

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Annales médico-psychologiques*, mars 1911.

Voir aussi R. BENON. L'asthénie-manie post-épileptique. *Gazette des hôpitaux*, 18 avril 1911, p. 683.

moyenne suivis de guérison apparaît un accès d'asthénie de longueur inusitée, de durée indéfinie. Il est à craindre que ce soit le cas de M^{lle} Dub... qui après avoir subi dans l'espace de huit ans des accès d'asthénie de six mois, de deux mois, d'un mois, est tombée dans l'accès grave qui persiste maintenant depuis deux ans. Kraepelin donne une observation plus concluante. Il s'agit d'un homme alcoolique et diabétique¹. Il a eu à vingt-trois ans un accès d'asthénie, puis à vingt-quatre ans, à trente-six ans, des accès de manie dont le second a duré deux ans. Il est tombé ensuite dans un état d'asthénie chronique qui a duré pendant huit ans et demi jusqu'à la mort. Kraepelin l'a présenté à ses élèves : « Il entre à petit pas, avec peine, s'assied lentement, reste sur une chaise, voûté, le regard fixe, sans presque faire de mouvements. Il répond à voix basse, par monosyllabes. Les lèvres remuent avant que le son de la voix se fasse entendre. Voyez quelle fatigue il ressent à se remuer et à exécuter ce que nous lui demandons. Il calcule lentement, exactement. Il n'a pas d'angoisse, pas d'idée délirante. Sa mauvaise humeur est due à sa maladie qui dure depuis longtemps et l'inquiète. Depuis trois ans, il est hors d'état de se lever, de s'habiller, il reste presque tout le temps au lit, inerte, gâteux. » Kraepelin montre la différence d'un tel état avec la mélancolie vraie².

Le plus souvent dans l'asthénie incurable, on peut dis-

1. Père et frère alcooliques. Une de ses sœurs présente la même affection que lui.

2. Emil KRAEPELIN. *Introduction à la psychiatrie clinique*, 1900, traduction française, 1907, leçon II. Etats circulaires dépressifs, p. 17-21.

tinguer des périodes de recrudescence et des périodes de rémission. Une période d'état parfaitement continue même très longue est d'un meilleur pronostic. La vraie asthénie chronique paraît constituée par la fusion entre eux de plusieurs accès d'asthénie intermittente entre lesquels l'état ne revient jamais à la normale. Elle est *rémittente*.

Voici un exemple d'*asthénie chronique rémittente* qui dure depuis huit ans :

M^{me} Céleste Baz... veuve Chap..., née en Normandie en 1854, blanchisseuse ¹, a eu à vingt-deux ans un accès d'asthénie qui a duré environ un an.

Après un intervalle de près de trente années, à quarante-neuf ans, elle a été frappée de nouveau. L'asthénie s'est tantôt améliorée, tantôt aggravée, mais n'a plus disparu.

Au début M^{me} Chap... est prise de fatigue, de découragement. Comme elle est travailleuse, elle essaye de réagir. Alors surviennent de l'insomnie, des douleurs dans la nuque, dans la tête, dans l'épaule, des nausées la nuit. Au bout d'un mois elle a été obligée d'abandonner son travail. Elle s'en désespère, se reproche d'être à la charge de ses enfants, pense au suicide. Elle entre à la Salpêtrière, dans le service de M. Déjerine. Le repos améliore son état. Elle sort de la Salpêtrière au bout de deux mois, à demi guérie, reprend son travail, n'arrive pas à le bien faire, et bientôt, en octobre 1903, est obligée de le cesser encore. Les malaises physiques ont reparu ainsi que l'inquiétude de sa déchéance, la crainte d'être une charge, les idées de suicide. Elle est envoyée à la campagne où un long repos la rétablit mal. Les forces ne reviennent qu'en partie. A son retour, elle reprend son travail et de nouveau en octobre 1904 elle doit le quitter. Pendant quatre ans, ce sont

1. Père alcoolique, mère bien portante, a eu une vie très pénible. Mariée à un alcoolique qui travaillait irrégulièrement et dépensait surtout au cabaret, puis veuve avec deux enfants à sa charge, elle a fait presque continuellement des excès de travail. A la ménopause, métrorragies abondantes. Caractère méfiant et coléreux. A quatre ou cinq reprises, crises de nerfs dans les colères.

Pour cette observation, l'auteur a largement utilisé les notes prises en 1908-1909, à la clinique de Sainte-Anne, par M. Benon.

les mêmes améliorations trompeuses, les mêmes rechutes. La rechute a lieu tous les ans à la même époque, en septembre ou octobre. L'amélioration devient de moins en moins marquée. Depuis octobre 1906, M^{me} Chap... n'a pas pu reprendre son travail. En septembre 1907, une recrudescence très nette se produit. En 1908, l'amélioration est insignifiante. La malade ne veut voir personne. Elle cesse à peu près complètement de bouger, de parler et presque de manger. En soi-même elle s'inquiète de plus en plus de son avenir et de celui de ses enfants. A la fin d'août une aggravation s'annonce. M^{me} Chap... reste trente nuits sans dormir.

Elle se résout alors à se tuer. Le 25 septembre 1908, elle allume un réchaud dans sa chambre, s'étend sur le lit et perd connaissance. Son fils entre par hasard dans la chambre et ouvre la fenêtre.

A cause de cet essai de suicide, elle est conduite, le 28 septembre, à l'Admission et envoyée à l'Asile de Vaucluse. Sur les instances de sa fille, elle en sort, non guérie, à la fin d'octobre. Tout de suite, le 2 novembre, elle essaye de nouveau de s'asphyxier au charbon. Le lendemain elle est ramenée à l'Admission, d'où elle passe à la Clinique. La fatigue persiste, ainsi que la constipation, l'insomnie, les malaises. Elle est convaincue qu'elle ne guérira pas; elle continue à désirer la mort. Le repos, la vie tranquille et régulière de l'Asile, l'absence de responsabilité surtout améliorent son état. Au bout de trois ou quatre mois, elle s'occupe un peu à la couture, aide au ménage mais elle se plaint vite d'être lasse et de préférence elle garde l'immobilité. Le 1^{er} février 1909, elle déclare : « J'ai toujours de la faiblesse. Quand j'ai dormi j'ai encore la tête qui me tire. Je n'ai pas de force, j'ai du mal à monter les escaliers. La faiblesse de corps ne passe pas ». Après un séjour de cinq mois et demi, elle est libérée le 21 mars.

Dès qu'elle reprend la vie ordinaire, les troubles s'aggravent, les projets de suicide renaissent. Au bout de trois semaines, le 28 avril, elle rentre à la Clinique pour un nouveau séjour. « Je ne peux pas travailler, dit-elle. C'est la fatigue, le délabrement du corps. J'ai essayé de faire du ménage : ça va bien une heure, deux heures, et puis c'est fini; alors je ne mange plus, je ne dors plus. Ce sont les nerfs qui me *coissent*. Ça me serre dans la tête de chaque côté. Je pense, puis des fois je perds ce que je pense. J'ai perdu la mémoire. Je suis découragée. Je me dis : si j'étais morte, je serais plus heureuse. C'est malheureux de vivre comme ça. Je souffre de me voir malade; je ne guérirai pas. C'est la lassitude, le laisser-aller. C'est de la nonchalance. Par moments ça va bien mieux; ça

ne dure pas. J'ai été à peu près huit jours sans être fatiguée, puis j'ai recommencé à me laisser aller. Moi, avant qui étais si active ! Je n'ai pas l'idée de travailler, je n'ai pas la force. » Elle sort améliorée, le 23 juin 1909, après un internement total de neuf mois.

Elle n'est pas guérie. Elle ne peut pas reprendre son travail de blanchisserie. Dès qu'elle lave un peu de linge, elle est accablée, elle perd tout appétit, a mal à la tête et ne dort pas. Elle manque de courage, elle si vaillante en tout ! Elle a bien l'idée de faire les choses. Elle dit « Je voudrais faire ça », mais ne peut pas, mais n'en sent pas le courage. Si elle se met à balayer, elle s'arrête quatre fois et ne peut pas finir. Elle voit la chose à faire et n'a plus la force de la faire. C'est ce qui la chagrine.

Elle essaie constamment de travailler et ne peut pas ou le fait avec dégoût. Le reste du temps elle se tient immobile, comme pensive. Si on lui dit : « A quoi penses-tu », elle répond : « Je ne pense à rien. » Si on lui demande de se rappeler quelque chose, elle cherche péniblement ou dit : « Laissez-moi ! »

Elle languit ainsi pendant quinze mois. En octobre 1910 une recrudescence se produit, annoncée par l'insomnie, le mal de tête, la constipation rebelle, l'amaigrissement. Elle n'a plus de force du tout. Elle ne peut plus préparer ses repas, elle peut à peine les prendre. Elle reste effondrée sur une chaise ; elle dit : « Je suis perdue maintenant, je ne guérirai jamais, je suis fichue. » C'est un anéantissement. Le 27 novembre, elle est ramenée à l'Admission. « Je suis retombée, dit-elle. Je me sens fatiguée, anéantie. Je ne guérirai pas puisque ça revient toujours de même. » Elle est envoyée de nouveau à la Clinique le 7 décembre. Elle en sort au bout d'un mois, le 9 janvier 1911, un peu améliorée, non guérie encore.

On rencontre dans cette observation tous les symptômes essentiels et secondaires de l'asthénie : l'affaiblissement musculaire, le ralentissement psychique, les malaises, la préoccupation morale, les tentatives de suicide. Ces symptômes persistent depuis huit ans avec des rémissions et des recrudescences. Rien ne fait prévoir leur disparition.

L'asthénie chronique rémittente garde dans sa conti-

nuité même quelque chose du rythme de l'asthénie intermittente ou alternante qui souvent l'a précédée. Elle est en effet d'ordinaire un état terminal.

Elle peut aussi se présenter d'emblée, après un traumatisme, après une grande douleur morale, après un violent surmenage, après une hémorragie abondante, après une fièvre typhoïde, après un rhumatisme et durer quinze ans, vingt ans, plus encore.

J. Tastevin donne l'observation d'un étudiant frappé d'asthénie à dix-neuf ans à la suite de maux de tête douloureux et de surmenage intellectuel et dont la lassitude permanente dure depuis quinze ans¹.

L'asthénie chronique enfin peut être congénitale et se manifester dès l'enfance. Paul-Boncour et Philippe ont fait connaître les enfants asthéniques qu'ils ont su distinguer des enfants paresseux. « Leur infirmité consiste avant tout en une inertie mentale presque complète, souvent alliée à une non moins complète atonie organique. L'individu entier éprouve un constant besoin de repos et c'est pourquoi ces écoliers se complaisent dans une apathie perpétuelle. La loi du moindre effort règle tous leurs actes ; ils sentent qu'ils sont capables de peu et se ménagent... En récréation l'attitude est encore la même ; ils s'occupent à des riens, leurs jeux même sont inertes. A voir la lenteur de leurs mouvements et leur indifférence aux punitions, aux reproches et aux encouragements, on comprend quelle intensité de fatigue leur cause tout effort, même pour le plaisir... Ils

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1911, obs. V.

ont constamment de longs sommeils pour réparer les déficits même faibles de leur organisme ». Ils sont nés fatigués, la persistance de la fatigue est antérieure à tout effort « au lieu d'être comme dans l'adulte le résultat du surmenage »¹.

Albert Deschamps corrige ce tableau et y ajoute quelques traits sympathiques. « Il n'est pas vrai de dire que l'enfant asthénique n'exagère jamais son travail physique ou cérébral. Oui, il est incapable de fournir un effort égal à celui que donne l'enfant normal, mais justement parce qu'il a une vive sensibilité, de l'amour-propre, il se surmène volontiers et souvent, parce qu'il ne peut pas ne pas se surmener s'il veut faire comme les autres. Ce sont les enfants asthéniques héréditaires qui devenus adolescents font de l'asthénie par épuisement ajoutant à leur insuffisance native une insuffisance acquise. Ils manquent de fond et se fatiguent plus vite que les autres. Ou bien ils s'excitent et paraissent alors infatigables : mais, la surexcitation passée, ils tombent au-dessous de tout... Fatigable, l'enfant asthénique est soucieux parce qu'il n'a pas la force d'être gai. La gaieté n'est-elle pas une dépense ? Un enfant trop sérieux est un enfant las. Aussi le voit-on souvent un peu distrait et presque toujours silencieux. Il faut s'occuper des silencieux : ce sont des enfants qui ont quelque chose à dire. Ne croyez pas toutefois que ce docile soit un soumis. Point. C'est un indépendant. Mieux, c'est un révolté très souvent... Mais, encore une

¹ J. PHILIPPE et PAUL-BONCOUR. *Les anomalies mentales chez les écoliers*, Paris, F. Alcan, 1907 p. 53-56.

fois, c'est un inégal qui flotte sans cesse entre la dépression et l'excitation (relative)... Et aussi il est obstiné, têtu, allant au but qu'il s'est tracé avec une ardeur qui ne veut pas réfléchir... Et inquiet, inquiet toujours, inquiet sans cesse... Les surmenages le guettent et feront de lui un jour, s'il n'y prend garde, un valétudinaire intéressant, terré dans sa solitude ou promenant dans les Venises aristocratiques sa mélancolie inquiète et son dilettantisme trop affiné¹. »

On voit par ces portraits que l'asthénie congénitale a les caractères typiques d'une asthénie essentielle, en particulier l'impossibilité de l'entraînement physique et un développement relatif de la vie intérieure par opposition à l'inertie motrice. Elle est chronique et durera toute la vie. Avec l'âge, plus ou moins tôt, selon le caractère, s'ajouteront les malaises causés par le surmenage, la préoccupation causée par l'incapacité. Enfin elle est rémittente comme l'asthénie chronique tardive. Elle poursuit son cours à travers des périodes d'excitation relative et de dépression plus accusée.

VI

L'asthénie-manie circulaire, c'est-à-dire le roulement ininterrompu de l'asthénie et de la manie, est une terminaison chronique de l'asthénie ou de la manie, et plus particulièrement de l'asthénie-manie périodique.

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 226-239.

Dans le cas de la malade de Ritti¹, M^{lle} Reine, après huit accès d'asthénie intermittente, à soixante et onze ans, apparaît un accès de manie, suivi d'un accès d'asthénie et ainsi de suite indéfiniment. En quatre ans, de juin 1875 à septembre 1879, on compte neuf périodes : manie, quatre mois ; asthénie, six mois ; manie, cinq mois ; asthénie, sept mois ; manie, huit mois ; asthénie, six mois ; manie, quatre mois ; asthénie cinq mois ; manie, quatre mois ; asthénie en cours. Pendant la période de dépression, M^{lle} Reine reste immobile, assise dans un coin, les traits tirés, la figure exprimant la douleur. Quand on lui parle, elle répond à mi-voix. Elle se plaint de souffrir de tous les membres ; une barre de fer semble lui comprimer le cerveau ; le dos l'estomac, les intestins, tout lui fait mal. Les moindres mouvements lui sont pénibles, et si on la laissait faire, elle resterait au lit toute la journée. Tous les matins, elle annonce qu'elle n'a plus que pour peu de temps à vivre... Pendant la période d'excitation, elle est constamment en mouvement, elle va partout, observe tout, cherchant à prendre en défaut religieuses et infirmières. Souvent l'excitation monte à un degré plus élevé, alors ce sont des injures, des menaces qu'elle profère. Elle recherche les mises excentriques, le plus souvent débraillées. Les périodes de dépression ont lieu toujours pendant les mois d'automne et d'hiver, celle d'excitation pendant le printemps et l'été.

Rey a donné une observation dans laquelle un accès

1. A RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme*, observation X, p. 81-83.

de manie survenu à trente-sept ans est suivi dix ans plus tard d'une succession ininterrompue de courts accès alternants. Pendant une période de huit jours à cinq semaines la malade a la face rouge, le regard brillant ; elle grimace, tire la langue, fait le salut militaire, danse, tutoie tout le monde, tient des propos orduriers, chante toute la nuit. Pendant une période plus courte, elle est immobile, se sent fatiguée, parle de sa mort, n'est plus bonne à rien, se tient assise dans un coin, résignée, indifférente¹.

Tel est le cas aussi de la malade de Georges Dumas, Marie D... Après deux longs accès d'asthénie qui ont déterminé deux internements, le premier de cinq ans à Clermont, le second de seize mois à Villejuif et Clermont, elle se trouve prise à trente-quatre ans dans le rythme perpétuel de courtes périodes alternantes d'asthénie et de manie, ce qui rend nécessaire son internement définitif à Sainte-Anne. Les périodes sont en moyenne de quatorze à seize jours pour l'asthénie, de dix à quatorze jours pour la manie, mais il y a de notables exceptions à cette moyenne². Cet état chronique dure maintenant depuis seize ans et demi.

L'asthénie et la manie, on l'a vu plus haut, s'appellent l'une et l'autre. Un accès double, triple est déjà une

1. Ph. REY. Vomissements périodiques dans un accès de folie à double forme. *Ann. méd.-psych.*, 1886, I, p. 50-54. Ger..., femme Aub.. 57 ans. Sœur aliénée. Caractère exalté, romanesque, chagrins domestiques. En 1866, à la suite d'une vive discussion avec son mari, court accès de manie. A partir de 1876 accès alternants d'asthénie et de manie. Des vomissements bilieux annoncent chaque période.

2. G. DUMAS. *La tristesse et la joie*, p. 31 et suivantes. Voir plus haut, chap. 1^{er}, p. 33.

ébauche de l'état circulaire. Quand les accès se succèdent sans interruption, l'asthénie-manie circulaire est constituée. Baillarger a bien décrit ce passage¹. Esquirol² a donné un exemple de manie alternant avec l'asthénie où les intervalles entre les accès maniaques sont de plus en plus courts et les périodes d'asthénie de plus en plus longues. La forme circulaire n'est pas autre chose que la forme alternante après suppression des intervalles de santé.

Martinenq a observé soigneusement un cas où des accès isolés de manie et d'asthénie finissent par prendre le type circulaire. Les accès d'asthénie sont bien caractérisés. La malade est dans un état d'*assoupissement*. « Elle entend, voit et sent très bien, mais elle est dans l'impossibilité de secouer un *engourdissement général* qui l'opprime et l'étouffe. » A vingt et un ans un accès de manie de deux mois est suivi d'un intervalle de santé de douze ans. Après un second accès de manie de huit mois, nouvel intervalle de treize ans. Puis survient un accès double : asthénie huit mois, et manie sept mois, suivi encore d'un intervalle de onze mois. Puis quatre mois d'asthénie sont suivis de dix mois de manie puis d'une série d'accès doubles avec des intermittences de plus en plus courtes qui enfin s'effacent complètement³.

1. J. BAILLARGER. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation, le *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 31 janv. 1854, t. XIX, p. 352. Conclusions.

2. ESQUIROL. Cité par DOUTREBENTE. Note sur la folie à double forme. *Ann. méd.-psych.*, 1882, I, p. 498.

3. MARTINENQ. Folie à double forme intermittente, précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie et finissant par prendre le type circulaire. *Ann. méd.-psych.*, 1885, I, p. 442.

L'asthénie-manie circulaire apparaît quelquefois d'emblée. Elle prend alors l'apparence d'une espèce clinique autonome.

Quelquefois enfin elle succède à l'asthénie chronique rémittente. Dans l'observation suivante la vie presque entière d'une malade âgée actuellement de soixante-six ans se partage en deux parties à peu près égales : vingt-huit ans occupés par l'asthénie chronique, trente-deux ans occupés par l'asthénie-manie circulaire.

M^{lle} Marie-Léonie Guib... née à Paris en 1854¹ ; a éprouvé à six ans une émotion violente. Elle a assisté à la mort de son père et a entendu clouer la bière. Elle est restée trois ans malade, sous l'impression directe de ce choc douloureux. La douleur s'est complètement dissipée mais l'asthénie a subsisté et n'a plus disparu, « Enfant, dit-elle, j'étais lasse, je ne jouais jamais, j'enfilais des perles toute la journée. Ma mère disait : Cette enfant est trop raisonnable, elle mourra. Je n'ai jamais été gaie que vieille. C'est le contraire des autres. »

Elle passa son enfance, son adolescence, sa jeunesse étendue sur une chaise longue. Elle aimait être seule et immobile. On la croyait malade et on faisait toutes ses volontés. « Je devais toujours mourir et je ne mourais jamais. » Elle ne fut réglée qu'à vingt-deux ans, irrégulièrement. A vingt-six ans elle eut la fièvre typhoïde et la menstruation s'arrêta pendant cinq ans. Elle ne put ni se marier, ni prendre un métier. Le plus petit travail était un surmenage. Elle se traîna ainsi dans la « nonchalance » jusqu'à l'âge de trente-quatre ans. De temps en temps, la dépression était plus profonde. Elle restait alors complètement inerte et ne voulait voir personne.

A trente-quatre ans, survint une recrudescence beaucoup plus intense. Le début fut brusque. La malade donne la date : le

1. Père mort tuberculeux à trente-sept ans. Mère saine (somnambulisme), morte à soixante-quatorze ans. Trois sœurs nerveuses. Un frère bien portant. Caractère susceptible, aux émotions refoulées et prolongées. Somnambule. Chlorose vers vingt ans. Crises périodiques de soif intense. L'observation de cette malade a été prise par J. Tastevin et par l'auteur. Elle est résumée dans J. Tastevin. Les dysthénies périodiques. *Ann. médico-psychol.*, mai 1944, obs. VII.

27 décembre 1870. « Il neigeait depuis six semaines. J'ai senti un froid, je me suis couchée, je ne me suis pas relevée. » Elle tomba dans un véritable état de stupeur. Elle ne faisait aucun mouvement. Elle resta neuf jours sans prendre aucun aliment. « J'étais glacée, complètement anéantie par la gelée. Je n'avais pas la force de tenir un verre à boire. Tout ce que m'apportait mon beau-frère restait sur la table de nuit. » On fut obligé de la conduire à la Préfecture de Police. « Je ne voulais plus rien ; je n'ai même pas senti qu'on m'habillait ; on prétendait que je ne voulais pas manger, c'est que je ne pouvais pas. Je me suis réveillée à la Préfecture en voyant la sœur bleue à mes genoux avec une gamelle de soupe. Il m'a fallu regarder le calendrier pour voir que cela avait duré neuf jours. »

A la Préfecture, cet état « inanimé » cessa brusquement et fit place à un état d'exaltation. « J'étais surexcitée comme quelqu'un qui n'a pas mangé. J'interpellais des gens que je ne connaissais pas. L'excitation était bien permise dans une cellule où passaient tant de gens et où il y avait de la vermine. » Ce premier accès de manie ne dure que cinq jours. Ensuite l'asthénie reparait. La malade fut envoyée pendant vingt et un jours en convalescence au Vésinet.

Quelques jours après, en février 1880, sans cause apparente survint un second accès de manie, beaucoup plus long. M^{lle} Guib... devint d'une activité désordonnée. Elle courait les grands magasins, achetait toutes sortes d'objets pour sa toilette. Le 2 mars, en allant au *Bon Marché*, elle se dispute avec son cocher et fait un attroupement. Elle est conduite au Dépôt, traite le médecin de « bourrique », et est admise à l'Admission, où elle casse des carreaux « pour avoir de l'air ». Elle y passe quinze jours en pleine excitation maniaque. « Je tirais la bonne aventure au médecin ; je faisais des réflexions sur tout le monde. Tout ce qui me passait par le cerveau, je le disais ». Elle guérit les malades en les baptisant : « un verre d'eau froide sur le front, c'est guéri ! ». Elle est baronne ; M. Grévy va venir la chercher ; elle lui rendra l'Alsace-Lorraine. Envoyée à l'Asile de Vaucluse, où l'excitation augmente, on est obligé de la mettre en cellule. « Les gens me dégoûtaient ; ils avaient l'air de bêtes. Dans ma cellule, je faisais des plantations, je faisais pousser des laitues, des violettes. J'étais très surexcitée ». Au bout de six mois, elle est transférée à l'Asile de Maréville.

La manie céda au bout de neuf ou dix mois et le roulement ininterrompu de l'asthénie et de la manie fut établi. Depuis 1880,

M^{lle} Guib... a dû passer, sauf six mois, sa vie entière dans les maisons de santé. Elle a passé sept ans et demi à l'Asile de Maréville (1880-1888). Après six mois de liberté une rixe avec un notaire dans un accès de manie la ramène à l'Asile de Clermont. Elle y passa quatorze ans (1888-1902), puis six ans et demi à la maison de convalescence de Grenelle (1902-1909). En août 1909, une dépression plus forte avec stupeur et refus d'aliments oblige les Sœurs à la renvoyer inerte à la Préfecture. Dans la voiture, l'état change brusquement. Elle descend de voiture enjouée, surexcitée, se moque des médecins. Elle est envoyée le 5 août à l'Admission et entre le 13 août à l'Asile de la Maison Blanche.

L'exaltation persiste, atténuée. La mimique est expressive, la parole animée, vivante, dramatique. M^{lle} Guib... est allègre et caustique. Tout en achevant rapidement de petits travaux d'aiguille, elle fait sur tout le monde des réflexions mordantes. Sa mémoire est excellente. Elle décrit bien volontiers ses périodes alternantes d'asthénie et de manie, son *noir* et son *rouge* comme elle le dit, ou encore le *monotone* et le *gai*.

Le monotone : « Ça me prend du jour au lendemain. Je me couche de bonne humeur, je me réveille complètement abruti. Je n'appelle pas ça de la tristesse ; c'est de l'abrutissement. Dans cet état d'imbécillité, je suis incapable d'un mouvement. A peine puis-je faire mon petit crochet. J'attends l'heure d'aller me coucher, en disant : tant mieux, tous ces gens-là je ne les verrai plus ! Je ne suis bien qu'au lit, je n'y ferais pas un mouvement de moi-même, je ne souffre pas, je ne sens rien ; ça me fait l'effet d'un sommeil léthargique. J'ai le corps inerte, la tête lourde à remuer comme un boisseau. Si je descends de mon lit, je ne tiens plus sur mes jambes, on doit me porter. La maison me semble monotone. Je m'éloigne de ces femmes-là. J'ai l'ennui, le dégoût de la vie que je mène. J'en ai assez, et je me dis : « Quand donc serai-je morte ? *Autrefois, je me tourmentais beaucoup plus.* Je tenais à guérir pour vivre dans le monde. Maintenant ma carrière est bien finie. Je ne sens plus, je n'ai plus de pensée. Ça ne m'empêche pas de voir ce qui se passe. Je cause peu : un oui, un non, c'est tout. Je comprends ce qu'on me dit. Je n'y réponds pas parce qu'il n'y a plus de pensée. Mais je ne perds jamais la notion de la politesse... Le monotone dure en général trois ou quatre mois. Il passe toujours brusquement. Quand je suis partie chez les Sœurs de Grenelle, j'étais dans le noir depuis trois mois. Je me disais : cette fois je ne sortirai donc pas de cette noirceur-là ? »

Le gai : « Je vois tout en rouge, je chante tout ce qui me passe

par la tête, je circule dans la maison. A Clermont, j'allais voir la fille du Directeur, j'étais amusante comme elle disait. Je chante dans ma chambre, mais à bas les pattes si on veut me toucher ! Je *remise* tout le monde. Pendant le *noir*, j'ai amassé tout ce qu'on m'a fait de méchanceté. Je le lâche d'un seul coup, je paie mes dettes d'un trait. Je m'emballe, je discute avec le Docteur, je me plains des infirmières pour m'amuser. Au fond, je trouve les gens agréables, je ris, je réagis. C'est à ma présence d'esprit que je dois d'avoir vécu trente ans dans les maisons de fous. Si j'étais une *moule* il y aurait longtemps que je serais morte... Le gai dure en général six ou huit mois. Le noir et le rouge se suivent. Un quitté, l'autre reprend.

Ces périodes alternantes se succèdent toujours franchement. Elle varient beaucoup en longueur et en intensité. L'asthénie reste à l'affaissement ou tombe à la stupeur ; la manie se tient à l'entrain ou monte à la fureur. Avec l'âge, d'ailleurs, l'une et l'autre tendent à s'atténuer. L'asthénie s'accompagne toujours de constipation, la manie toujours d'insomnie.

Le 2 décembre 1910, M^{lle} Guib... conserve encore sa causticité et son entrain. « Depuis quatre mois, dit-elle, je suis dans la bonne période. J'aime bien être comme ça. Je voudrais rester comme ça jusqu'à la fin de ma vie. » Le 20 décembre, elle est placée à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

L'asthénie primitive peut être confondue avec un certain nombre d'états pathologiques dont il importe de la distinguer. Ce sont principalement l'asthénie secondaire, la mélancolie, l'aboulie, les états obsédants, les états confusionnels, la catatonie, la neurasthénie, l'apathie.

1

L'asthénie secondaire est un symptôme banal. Il se rencontre dans toutes les affections qui dépriment les forces, en somme dans le plus grand nombre des maladies. Jean-Louis Brachet en a fait l'étude en 1829¹, Paul Londe en 1905².

Parmi les poisons, le sublimé, l'émétique, les champignons vénéneux sont spécialement asthénisants.

1. J.-L. BRACHET. *Mémoire sur l'asthénie*, Paris, 1829.

Voir aussi LOOYER-VILLERMAÏ. Article Stupeur. *Dictionnaire des sciences médicales*, tome LXIII, 1821, p. 67.

2. PAUL LONDE. L'asthénie. *Semaine médicale*, 5 avril 1907, p. 157-160.

Parmi les infections aiguës l'asthénie de la grippe peut servir de type ; elle est le symptôme dominant, le premier qui apparaît, le dernier qui s'en va, quelquefois le seul qui attire l'attention. Il faut citer ensuite comme particulièrement importantes, l'asthénie de la fièvre typhoïde, bien observée par Louis¹, celle de la syphilis secondaire décrite par Fournier², celle de la tuberculose au début, celle de la diphtérie.

Parmi les auto-intoxications, l'asthénie du diabète est un symptôme précoce et de premier plan. Le symptôme existe aussi dans les insuffisances hépatiques, rénale, ovarienne et thyroïdienne.

Presque toutes les affections dont le siège est l'abdomen sont causes d'asthénie, entre autres les péritonites, les entérites, le choléra, le cancer du foie, les néphrites. « Il y a, dit Paul Londe, un rapport particulièrement étroit entre l'état du ventre et la force musculaire. Il suffit d'un peu de constipation, d'une diarrhée passagère, d'une simple colique pour couper les jambes, selon une expression courante. »

Il faut mettre à part l'asthénie progressive de la maladie d'Addison qui semble procéder directement de l'insuffisance surrénale³.

La plupart des maladies organiques qui lèsent les centres nerveux, principalement celles qui atteignent le cervelet, se traduisent par de l'asthénie. Dans la

1. LOUIS. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, Paris, 1829. Cité par BROUARDEL et THOINOT. *La fièvre typhoïde*, Paris, 1895, p. 127.

2. FOURNIER. *Traité de la syphilis*, Paris, 1899, t. I, p. 586 et 649.

3. SERGENT et BERNARD. *L'insuffisance surrénale*, Paris, 1909, p. 70.

scélérose en plaques et dans la paralysie générale, l'asthénie est prémonitoire. Dans la maladie de Parkinson, elle s'associe à la rigidité musculaire. Parmi les névroses, la maladie de Basedow, la chorée de Sydenham, la migraine ont l'asthénie comme symptôme important. Les attaques d'apoplexie sont suivies d'asthénie. Les crises d'épilepsie sont suivies à la fois de confusion mentale et d'asthénie.

L'hémorragie est une grande cause d'asthénie. De l'hémorragie, il faut rapprocher les maladies qui s'accompagnent d'une abondante destruction de globules rouges. A ces causes se rapportent par exemple, l'asthénie des métrorragies, celle de la chlorose, celle du paludisme, celle du rhumatisme aigu.

Deux phénomènes normaux enfin, la fatigue et la douleur, sont suivis d'asthénie.

Il n'y a pas à distinguer, à cet égard, entre la fatigue intellectuelle et la fatigue physique, entre la douleur physique et la douleur morale. Mosso¹ et bien d'autres ont décrit l'asthénie qui suit la fatigue, ou pour mieux dire qui la constitue. Jean-Louis Brachet, en 1829, J. Tastevin surtout, en 1911, ont mis en lumière l'asthénie moins connue qui est produite par la douleur.

Jean-Louis Brachet a observé un infirmier qui, en maintenant un malade atteint de crise d'hystérie, reçut un violent coup sur les bourses. La douleur atroce paralysa instantanément les forces de l'infirmier ; sans

1. Mosso. *La fatigue intellectuelle et physique*. Trad. P. Langlois, 6^e édition, Paris, F. Alcan, 1908. p. 93.

perdre entièrement connaissance il pâlit et se laissa tomber. La douleur et la prostration persistèrent deux jours ; le pouls était à peine sensible et d'une lenteur considérable. Le recouvrement des forces se fit progressivement. « La prostration, dit Brachet, dépend de la douleur ; la réaction a été en rapport avec l'intensité de la douleur. Qui n'a pas éprouvé un sentiment de défaillance et de brisement subit des forces musculaires, en se heurtant vivement le devant des jambes contre un corps dur ? Ne sait-on pas que l'ouverture d'un panaris cause fréquemment un sentiment de défaillance bien voisin de la syncope ? La défaillance, ou tout au moins la prostration, l'asthénie, se produisent également chez une personne qui apprend une nouvelle fâcheuse, qui est saisie d'une vive frayeur ou qui a supporté longtemps des chagrins cuisants. Ainsi la douleur du testicule qui a causé à l'infirmier une asthénie de trente-six heures au moins nous a servi de type pour grouper tous les effets asthéniques des autres douleurs physiques et elle nous a conduit à lui assimiler les douleurs morales, les affections morales tristes et pénibles¹. »

On peut remarquer facilement l'asthénie considérable qui suit les traumatismes douloureux, ou la violente douleur par exemple de la colique néphrétique, de la colique hépatique, de l'étranglement herniaire, de la torsion du pédicule d'un kyste ovarien. De cette asthénie *post-douloureuse*, J. Tastevin a justement rapproché sous le même nom l'asthénie consécu-

1. J.-L. BRACHET. *De l'asthénie*. Observation XIV, p. 143-149. Cette observation est citée par J. Tastevin.

tive à la douleur morale en particulier dans la mélancolie¹.

Quelle que soit sa cause, l'asthénie secondaire a toujours les mêmes caractères cliniques essentiels que l'asthénie primitive, c'est-à-dire l'affaiblissement musculaire d'ensemble, le ralentissement psychique global.

Elle diffère de l'asthénie primitive par sa marche. L'asthénie secondaire est en effet toujours progressive ou régressive. Sa durée et son intensité sont proportionnées à l'intensité et à la durée de sa cause. Quand la cause : agent toxique, irritation nerveuse, anémie, fatigue ou douleur, continue son action, l'asthénie s'accroît et progresse. Elle passe dans les actions très rapides de la défaillance au collapsus — c'est le cas des hémorragies — dans les actions très lentes de l'affaiblissement à la prostration de plus en plus profonde et à la stupeur. C'est le cas de l'asthénie addisonienne : l'intoxication lente et continue entraîne une asthénie lentement progressive jusqu'à la mort. Quand la cause interrompt ou reprend son action, l'asthénie s'améliore ou s'aggrave. C'est le cas de la fatigue. Quand la cause enfin cesse son action, l'asthénie regresse et disparaît graduellement. Avec une cause d'intensité uniforme, elle a donc son maximum quand cesse celle-ci, puis par degrés elle s'efface et le sujet revient à son état normal². C'est le cas de l'asthénie d'après la grippe ou de celle qui suit une violente douleur. Toujours en

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Ann. méd. psychol.*, mars-avril 1911.

2. *Ibid.*

résumé la marche de l'asthénie secondaire se traduit graphiquement par une ligne ascendante ou descendante.

Au contraire l'asthénie primitive atteint plus ou moins rapidement son point d'état et s'y maintient sans progresser, sans reculer. Elle ne s'aggrave pas et ne paraît pas s'acheminer vers la mort. Elle ne s'améliore pas et ne paraît pas s'acheminer vers la guérison. Elle ne suit ni une courbe ascendante ni une courbe descendante. Sa représentation graphique est un plateau. Elle semble être moins une perturbation actuelle de la force nerveuse qu'un état fixé de cette force. Il est impossible de prévoir sa durée non plus que d'expliquer son intensité. Elle s'en ira comme elle est venue, sans qu'on puisse prédire quand. Et elle reparaitra spontanément plus ou moins tôt, à une heure qu'il est impossible de déterminer. Ces deux caractères, d'être stationnaire et d'être périodique, suffisent avec l'absence de toute cause apparente à distinguer l'asthénie primitive de l'asthénie secondaire.

II

Le diagnostic entre l'asthénie primitive et la mélancolie est délicat. Il exige une analyse minutieuse des symptômes et de leurs dépendances réciproques. Faute d'un examen clinique assez approfondi les accès d'asthénie ont été pris souvent pour des accès de mélancolie.

Quelque conception qu'on ait de la mélancolie, un symptôme y est constant, fondamental, primitif : la douleur morale. Pour Hippocrate qui a introduit le mot la mélancolie est une tristesse et une crainte prolongées; pour Esquirol, qui a le premier bien décrit l'affection, elle est un délire entretenu par une *passion triste*, débilitante ou oppressive¹. Gilbert Ballet déclare : « Le phénomène primitif et constant est un trouble émotionnel ou affectif, la douleur morale² ».

Or, de même que toute douleur, la douleur morale de la mélancolie est suivie d'asthénie. Par conséquent, les symptômes de l'asthénie au complet, l'engourdissement musculaire et l'entrave psychique³ entrent dans le tableau de la mélancolie.

Et d'autre part, on l'a vu, la douleur morale accompagne régulièrement l'asthénie primitive. Dans les deux affections, la liste des symptômes est donc la même. La différence radicale est dans leur lien de dépendance.

On peut résumer les rapports de la douleur morale et de l'asthénie dans les deux cas par les quatre propositions suivantes :

1° *Le rapport est inverse*. Dans la mélancolie, la douleur morale précède l'asthénie; dans l'asthénie primitive, l'asthénie précède la douleur morale.

1. ESQUIROL. De la lypémanie et mélancolie (1820). *Des maladies mentales*, Paris, 1838, tome I, p. 406.

2. G. BALLET. Les psychoses. *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard, Brissaud, tome X, 1909, p. 830.

3. MASSELON. Le ralentissement psychique et les troubles de l'évocation des idées chez les mélancoliques. *Journal de psychologie*, t. I, 1904, p. 524-545.

2° *Le rapport n'est pas de même nature.* Dans la mélancolie, l'asthénie est produite directement par la douleur morale en vertu d'une loi physiologique. Dans l'asthénie primitive, la douleur morale est causée indirectement par l'asthénie, en passant par l'intermédiaire du jugement que porte le malade sur sa situation nouvelle ¹.

3° Dans la mélancolie, la douleur morale est le phénomène morbide, l'asthénie en est la conséquence normale. Dans l'asthénie primitive, l'asthénie est le phénomène morbide, la douleur morale en est la conséquence normale.

4° En certains cas exceptionnels, l'asthénie normale de la mélancolie est l'origine d'accès d'asthénie pathologique, c'est-à-dire d'asthénie primitive périodique. En certains cas plus rares encore, la douleur morale normale de l'asthénie est l'origine d'un accès de douleur morale pathologique, c'est-à-dire de mélancolie.

Krafft-Ebing a bien vu que dans la mélancolie, le premier phénomène est la douleur morale ; *l'entrave* ne vient qu'après. « L'hypothèse, dit-il, que la douleur morale n'est qu'un effet secondaire ne répond point à l'expérience. Elle ne pourrait être acceptable que si l'intensité de la douleur morale était en raison directe de la force de l'entrave, ce qui n'est pas le cas, et si l'entrave précédait chronologiquement la douleur morale ². » Il est facile de constater que l'asthénie de la

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Annales médico-psychologiques*, mai 1911.

2. KRAFFT-EBING. *Traité de psychiatrie*, 3^e édit. Traduction Laurent, p. 349.

mélancolie n'est pas immédiate et qu'elle est *progressive*. C'est en réalité une asthénie secondaire : elle suit la loi des asthénies secondaires. A mesure que la douleur morale se prolonge, l'asthénie augmente. Elle va ainsi lentement jusqu'à la *stupeur mélancolique*, état d'asthénie profonde dans lequel subsistent, comme l'a montré Baillarger, l'anxiété et les conceptions délirantes tristes qui l'on produite. Elle suit étroitement la marche de la douleur morale à laquelle elle est jointe par un lien causal immédiat et qu'elle accompagne comme une ombre. Si l'anxiété redouble, elle redouble aussi. Quand la douleur morale disparaît, elle s'efface lentement et disparaît à son tour.

Au contraire, l'asthénie primitive est originelle, immuable, indépendante de toute douleur. Aucune cause appréciable ne fait varier son intensité. Quand elle dure depuis un certain temps elle provoque d'ordinaire une douleur morale par la vue des conséquences sociales qu'elle entraîne. Cette douleur qui n'est pas l'effet de l'asthénie elle-même, mais d'un jugement complexe, manque assez souvent et n'influe pas sur la marche de l'asthénie. Quand celle-ci va jusqu'à la stupeur, c'est d'emblée et cet état ne s'accompagne, comme l'a vu Delasiauve, ni d'anxiété, ni de délire triste, ni même de pensée. C'est de l'asthénie toute nue, de l'asthénie pure et simple.

Pratiquement, l'analyse de la douleur morale donne la clef du diagnostic. Quand le patient indique avec netteté que la fatigue, l'abattement, sont venus d'abord, que la tristesse a suivi et quand il exprime bien que sa

tristesse n'a pas d'autre motif que sa maladie, son manque de forces, il s'agit de l'asthénie primitive. Quand, au contraire, l'anxiété sans motif plausible, les idées douloureuses de ruine, de culpabilité, d'indignité, de persécution sont primitives, quand le patient ne se reconnaît pas malade mais coupable ou ruiné, ou encore quand il reconnaît que sa maladie est une anxiété anormale, il s'agit de la mélancolie. A l'asthénique, offrez de lui rendre ses forces, sa tristesse disparaîtra; offrez-le au mélancolique, sa tristesse restera la même.

Une cause d'erreur provient dans certains cas moins simples de la *disposition émotionnelle* où est mis l'asthénique par son inquiétude légitime elle-même. On sait qu'une tristesse, une inquiétude persistantes augmentent l'émotivité douloureuse ¹. L'asthénique, en dehors de la préoccupation que lui donne son état, pourra être porté à voir tout en noir, à s'affecter de peu de chose, à s'inquiéter hors de raison. Il sera le plus souvent facile de distinguer cette disposition émotionnelle discrète de la poignante anxiété mélancolique et surtout de retrouver antérieurement l'état asthénique franc dont elle n'est que la conséquence.

Enfin en certains cas d'exception l'anxiété secondaire qui accompagne l'asthénie, peut à la façon de n'importe quelle anxiété prolongée, déterminer chez des personnes prédisposées un accès de mélancolie vraie avec délire et hallucinations. On a vu inversement qu'un accès de

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse. *Annales médico-psychologiques*, mai 1911.

mélancolie vraie peut être suivi quelquefois d'une série d'accès d'asthénie pure ¹.

Dans ces cas très rares où s'opère une transition de l'asthénie primitive à la mélancolie ou vice versâ une analyse précise des symptômes établira où commencent dans le premier cas la mélancolie, dans le second cas l'asthénie primitive.

Bref ce diagnostic difficile ne peut être établi que sur l'examen attentif des symptômes et de leur ordre de succession. La notion d'accès périodiques ne suffit pas. En effet, l'asthénie primitive et la variété de mélancolie qui peut le mieux être confondue avec elle, *la mélancolie avec conscience* sont, ainsi que l'a fait observer Jules Falret, également intermittentes. Ce caractère commun de l'évolution ne pourrait qu'amener à rapprocher indûment deux affections dont la nature est si profondément différente.

III

L'asthénique semble manquer de volonté : il peut donc être pris pour un aboulique. Il se plaint d'une maladie dont les symptômes ne sont guère sensibles qu'à lui seul : il peut donc passer pour un hypocondriaque.

L'aboulie a été décrite cliniquement par Billod ² en 1847, par Guislain ³ en 1852, plus tard par Pierre

1. Voir plus haut, chap. iv, p. 81.

2. BILLOD. Maladies de la volonté. *Ann. médico-psychol.*, t. X, 1847, p. 172-183.

3. GUISLAIN. *Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand, 1852, t. I, p. 479, p. 46 et p. 256.

Janet¹ chez les hystériques (1891), par Magnan² chez les dégénérés (1895).

C'est un trouble analogue à l'impulsion, mais inverse. C'est une impulsion à ne pas agir ; un arrêt invincible devant une action importante. « La volonté, dit Guislain, ne peut franchir certaines limites : on dirait que cette force d'action subit un arrêt ». Le malade de Billod après avoir rédigé un acte et écrit son nom, est subitement incapable de le parapher. « C'est en vain qu'il lutte contre cette difficulté. Cent fois au moins il fait exécuter à sa main, au-dessus de la feuille de papier, les mouvements nécessaires, ce qui prouve bien que l'obstacle n'est pas dans la main ; cent fois la volonté rétive ne peut ordonner à ses doigts d'appliquer la plume sur le papier. M. P... sue sang et eau ; il se lève avec impatience, frappe la terre du pied puis se rassied et fait de nouvelles tentatives : la plume ne peut toujours pas s'appliquer sur le papier. »

A sa malade, Pierre Janet commande de prendre un objet. « Si on insiste beaucoup et longtemps, elle se soulève lentement et avance très légèrement la main, puis s'arrête immédiatement et dit : Mais je ne peux pas, et retire son bras. Puis elle l'étend de nouveau, un peu, reste en suspens, enfin, *par un mouvement brusque*

1. PIERRE JANET. Etude sur un cas d'aboulie (folie du doute). *Revue philosophique*, mars et avril 1891. (I, p. 389). — *L'état mental des hystériques*, t. I, Paris, 1892, p. 122-162 et tome II, Paris, 1894, p. 231, 235.

Voir aussi RAYMOND et F.-L. ARNAUD. Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements. *Ann. médico-psych.*, 1892, II, p. 67, 88, 196-224.

2. MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*, Paris, 1895, p. 145.

MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Vol. 1897, p. 49.

prend l'objet¹. » Elle a des tentatives d'un quart d'heure, d'une demi-heure pour saisir un porte-plume ou un verre.

La malade de Magnan remarque des erreurs dans les comptes de son mari; la plume et l'encrier sont sur la table, il suffit de corriger quelques chiffres: elle ne bouge pas, ne touche à rien, ne dit rien. Un garçon d'écurie pousse sans le savoir une brouette dans la direction d'une poule; la roue approche de la poule. Ses entrailles de fermière tressaillent, mais elle demeure immobile et laisse écraser la poule. « Je crois, dit-elle, que je n'aurais pas su bouger si j'avais vu tuer mon mari et mes enfants. » Cet état s'accompagne d'une lutte constante. Elle s'injurie, s'invective, elle est un monstre, une femme indigne, on n'a rien vu d'aussi mauvais depuis la création. Jamais elle ne ressent autant cette impuissance à agir que dans les circonstances où l'incitation est le plus énergique².

« Le malade, disent Magnan et Legrain, voit son pouvoir volontaire s'anéantir *tout d'un coup*, au moment même où il est nécessaire de prendre une détermination importante. Il se trouve subitement figé; il semble qu'une main invisible le retienne surpris et décontenancé, il fait de suprêmes efforts pour vaincre la résistance inconnue. Il est le plus faible dans la lutte qui ne va pas sans provoquer une *anxiété incroyable*³. » L'inhibi-

1. PIERRE JANET. Etude sur un cas d'aboulie. *Rev. philosoph.*, 1891, I, 389.

2. MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2^e vol., p. 45.

3. MAGNAN et LEGRAIN. *Les dégénérés*, p. 145.

tion s'applique plutôt aux actes nouveaux et compliqués qu'aux actes anciens et habituels ¹.

Il est aisé de distinguer ce trouble de l'asthénie. L'aboulie est un arrêt de la volonté, l'asthénie un manque de force. L'aboulie est, suivant l'expression de Magnan, une *impuissance d'agiroute active* : le patient se révolte contre l'obstacle qui barre la route, il n'est que partiellement frappé ². L'asthénique est diminué tout entier, il est totalement inerte. L'aboulie remue en réalité beaucoup ³. La malade de Magnan va à pied de Versailles à Paris pour se placer dans un Asile ⁴. L'asthénique est incapable d'une telle dépense de force. Il n'est pas empêché tout d'un coup et invinciblement d'agir ; au contraire, il commence assez facilement ; il est arrêté au bout d'un moment par la fatigue. Il n'éprouve pas plus de difficulté pour les actions insolites et compliquées. Au contraire dans un cas extraordinaire il sera capable d'un effort surprenant. Il ne laissera pas écraser la poule ; au besoin, il la sauvera lui-même en épuisant ses forces. Son incapacité d'agir ne s'accroît pas brusquement devant une détermination importante ; elle est continuelle et toujours égale. Enfin elle ne s'accompagne pas d'une anxiété exceptionnelle, d'une lutte angoissée. C'est le caractère typique qui sépare l'aboulie, trouble émotionnel, de l'asthénie, simple épuisement des forces.

1. Pierre JANET. *Etat mental des hystériques*, t. I, p. 144-150.

2. MAGNAN. *Leçons cliniques*, 2^e vol., p. 48.

3. Pierre JANET. *Etat mental des hystériques*, p. 144.

4. MAGNAN. *Leçons cliniques*, 2^e vol., p. 47.

La périodicité ici non plus n'est pas un élément de diagnostic. Dans l'observation très complète de Magnan, l'aboulie vraie a évolué exactement à la façon de l'asthénie périodique. Il y a eu, en vingt-deux ans, six accès d'une durée de trois à sept mois, séparés par des intervalles irréguliers. Seuls les symptômes permettent donc de faire la distinction.

Mieux que les abouliques, certains hypocondriaques simulent assez bien l'asthénie. Ce sont les malades dont la préoccupation anxieuse est justement d'être privés de force, les hypocondriaques de l'asthénie, ceux que Dubois (d'Amiens) appelait en 1833 les *asthéniaques*¹, et que Dubois (de Berne) a enseigné à connaître et à guérir. Il a montré que leur fatigue prétendue se réduit à une conviction d'impuissance, à un état d'âme pessimiste. Analysons cette fatigue « et nous verrons qu'elle n'a souvent qu'un imperceptible noyau de fatigue vraie perdu dans une gangue énorme d'auto-suggestion de la fatigue² ». Ce sont les cas, décrits par Gilbert Ballet³, où l'affaiblissement musculaire « varie, s'atténue, se dissipe ou s'accroît du jour au lendemain, on pourrait dire d'un instant à l'autre et cela sous l'influence de causes qui sont principalement d'ordre moral ».

On séparera facilement ces cas de l'asthénie véritable. L'asthénique a une fatigue réelle, continue, invariable. Il n'a pas de tendance à l'exagérer, il cherche plutôt à

1. Frédéric DUBOIS (d'Amiens). *Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie*. Paris, 1833, p. 231.

2. DUBOIS (de Berne). *Les psychonévroses et leur traitement moral*. Paris, 1905.

3. Gilbert BALLET. *L'hygiène du neurasthénique*, Paris, 1906.

n'en pas tenir compte. Il essaie constamment de la forcer, malgré les avertissements de la nature violentée. Il ne s'inquiète qu'à la longue et dans la mesure où il est légitime de s'inquiéter. Il n'est pas « une âme malade, un cœur dolent, curable par un sermon bien fait, mais un épuisé, obligé à l'économie, qui dépense pour vivre et s'améliorer tout ce qui lui reste de patience, d'énergie, de ténacité volontaire, de résignation et d'attention. »¹ Sa maladie c'est l'asthénie, ce n'est pas l'inquiétude.

La maladie de l'hypocondriaque, au contraire, c'est l'inquiétude, ce n'est pas l'asthénie. Chez lui, l'anxiété est primitive, essentielle ; l'objet qu'elle adopte est d'importance secondaire. L'asthénie n'a guère plus de réalité que telle autre maladie dont l'idée pourrait tout aussi bien le tenir angoissé. Il n'est asthénique que quand il y pense. Baillarger a vu qu'une distraction « peut momentanément le faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance ». Un malade de Déjerine et Gauckler se croyait incapable de marcher plus de cinq minutes sans s'épuiser. « Nous pûmes en causant avec lui de sa maladie le faire marcher pendant une heure et quart sans qu'il s'en aperçût. »² Une malade qui ne pouvait pas maintenir le bras étendu trois secondes pouvait tenir ses deux mains au-dessus de sa tête, pour se coiffer et se décoiffer, une heure par

1. A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'énergie*, p. 90. — Voir aussi MAURICE DE FLEURY. *Les grands symptômes neurasthéniques*, chap. I. — *La sensation de fatigue*, p. 9-28.

2. J. DÉJERINE et E. GAUCKLER. *Les manifestations fonctionnelles des psycho-névrose*, Paris, 1911, p. 169.

jour. « Il est vrai de dire qu'elle n'y avait pas songé. » ¹ L'exagération même des plaintes que la réalité est loin de justifier montre que ce n'est pas l'asthénie qu'il faut chercher ici, mais une forme spéciale d'obsession.

D'autres états obsédants peuvent être rappelés par certains caractères de l'asthénie. Par exemple, la difficulté qu'éprouve l'asthénique à retrouver un souvenir peut faire penser à la recherche angoissante du mot qui a été décrit par Juquelier et Dalmas ². L'émoussement de ses sensations peut être comparé aux idées obsédantes de voile, de brouillard, de barrière interposée, d'éloignement, d'irréel, qui ont été signalées par Esquirol ³ et Billod ⁴, et étudiées plus récemment par Pierre Janet ⁵, Hartenberg ⁶ Hesnard ⁷. La présence et l'intensité de l'émotion dans ces derniers cas, l'intérêt passionné même avec lequel le patient rapporte des impressions aussi étranges servent à les distinguer des phénomènes de l'asthénie qui sont beaucoup plus simples, qui n'attirent pas l'attention du patient et qui ne s'accompagnent d'aucune espèce d'émotion.

1. BAILLARGER, note ajoutée à GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*, trad. Doumic, Paris, 1865, p. 270.

2. JUQUELIER et DALMAS. Onomatomanie chez un vieillard de soixante-quatorze ans. *Bulletin de la Société clinique mentale*. Séance du 20 décembre 1909.

3. ESQUIROL. *Des maladies mentales*, I, p. 414.

4. E. BILLOD. Maladies de la volonté. *Ann. méd. psychol.*, tome X, 1847, p. 184.

5. PIERRE JANET. *Les obsessions et la psychasthénie*, tome II, observ. 18.

6. HARTENBERG. *Psychologie des neurasthéniques*, Paris, F. Alcan, 1908.

7. HESNARD. *Le trouble de la personnalité dans les états d'asthénie psychique*, Paris 1909, obs. V, p. 52, 54.

Les obsessions comme l'asthénie peuvent prendre la forme d'accès périodiques. Rouillard ¹, entre d'autres, a donné l'observation d'une obsédée hypocondriaque dont l'affection s'est manifestée par quatre accès de deux semaines à deux mois chacun, à vingt-six, à vingt-huit, à trente-huit et à quarante-deux ans ¹.

L'évolution n'est donc pas suffisante pour décider du diagnostic.

IV

L'asthénie secondaire peut mélanger ses symptômes à ceux qui appartiennent en propre à la confusion mentale. L'exemple le plus instructif est celui de la confusion mêlée d'asthénie qui suit fréquemment les attaques épileptiques. Les deux syndromes d'abord mêlés se dissocient au bout de quelque temps et on voit en général l'asthénie se prolonger plus que l'obtusion.

Sous le nom de *stupidité*, l'asthénie pure a été longtemps confondue avec la forme asthénique de la confusion mentale. Dans les cas qui prêtent au diagnostic, c'est-à-dire dans les cas de stupeur, deux caractères essentiels sont distinctifs : l'*hallucination*, constante dans la confusion mentale, toujours absente dans l'asthénie pure, et le *souvenir de l'accès*, toujours vague et insuffisant après la confusion mentale, toujours suffisamment précis après l'asthénie. Comme l'asthénie pure et simple, la confusion mentale asthénique peut se présenter sur la forme spon-

1. ROUILLARD. Quelques réflexions sur la mélancolie avec conscience. *Ann. méd. psych.*, 1890, I, p. 112.

tanée et périodique. Dagonet a décrit des accès intermittents de *stupeur* confuse, d'une durée de cinq à six semaines, disparaissant brusquement et après lesquels le malade dit qu'il ne comprenait aucune question et que l'approche des personnes lui causait une véritable frayeur¹.

L'asthénie primitive sous tous ses modes : périodique, chronique rémittent, alternant, circulaire, se mêle à un certain affaiblissement intellectuel spécial dans la forme catatonique de la démence précoce. Cet affaiblissement intellectuel avec ses manifestations si étranges, le maniérisme, la stéréotypie, la verbigération, le négativisme, l'indifférence affective, permet de faire la distinction.

La neurasthénie de Beard semble à la veille d'être démembrée. Elle englobe entre autres l'asthénie vraie, un grand nombre d'asthénies secondaires, les états obsédants et certaines formes hypocondriaques de la mélancolie. Si l'on en détache ces diverses affections, il reste peut-être un état durable s'établissant lentement, disparaissant lentement, moins sujet aux rémissions que l'asthénie chronique, mais plus sujet aux petites variations quotidiennes et dans lequel le mal de tête, la sensation douloureuse de fatigue et les malaises divers sont essentiels et constants. L'asthénie se distingue d'un tel état en ce que les malaises y sont secondaires au travail forcé, varient avec lui et disparaissent par le repos.

1. H. DAGONET. De la stupeur dans les maladies mentales. *Ann. méd. psychol.*, 1872, I, p. 166.

J. Tastevin enfin a décrit, sous le nom d'*apathie* qui lui est donné communément, un état de l'activité généralement constitutionnel qui par certains côtés ressemble à l'asthénie. « L'activité motrice des apathiques est très réduite. S'ils parlent, leur voix est lente, relativement basse, leurs gestes sont lents, peu amples et parfois même sont à peine marqués, leurs mouvements volontaires sont exécutés avec lenteur, les réactions motrices d'origine émotionnelle sont peu intenses et les émotions surtout motrices comme le rire se produisent à peine : ils ne savent que sourire. L'idéation paraît ralentie. Jusqu'ici le tableau est celui de l'asthénie. Cependant les asthéniques diffèrent des apathiques par un caractère fondamental : tandis que les premiers sont rapidement épuisés lorsqu'ils se meuvent, les autres peuvent accomplir des mouvements intenses et les prolonger comme des individus normaux... L'apathie s'observe assez fréquemment chez les arriérés intellectuels, les imbéciles, les idiots ; c'est là qu'elle atteint ses degrés les plus marqués ¹. » La réaction à la fatigue, si importante parmi les symptômes de l'asthénie, établit une séparation profonde. L'apathique peut, en prenant son temps, faire un travail très long. L'asthénique ne le peut pas. L'apathique est un *lent*, l'asthénique est un *fatigable*.

1. J. TASTEVIN. L'asthénie post douloureuse. *Ann. méd. psych.*, juillet 1911.

CONCLUSIONS

L'asthénie est le syndrome constitué par l'affaiblissement musculaire général et le ralentissement psychique général. L'asthénie primitive est l'asthénie qui survient d'une façon en apparence spontanée, comme une maladie autonome.

Les états asthéniques ont été décrits d'abord par Esquirol et Jean-Louis Brachet. Ils ont été observés depuis, sous des noms divers, par un grand nombre de cliniciens. Le syndrome asthénique a été décrit récemment par J. Tastevin.

L'affaiblissement musculaire général, le ralentissement psychique général constituent les seuls symptômes essentiels. Certains malaises physiques et une certaine anxiété qui va jusqu'à pousser le malade au suicide ne sont que des symptômes secondaires.

Les formes cliniques sont : l'asthénie périodique simple, l'asthénie-manie périodique, l'asthénie chronique rémittente, l'asthénie-manie circulaire.

Il convient de distinguer l'asthénie primitive de l'asthénie secondaire, de la mélancolie, de l'aboulie, de l'hypocondrie, de certains états obsédants, de certains états confusionnels, de la catatonie, de la neurasthénie et de l'apathie constitutionnelle.

VU
Le doyen :
L. LANDOUZY

VU
GILBERT BALLEZ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER.

Définition	1
----------------------	---

CHAPITRE II.

Historique	4
----------------------	---

CHAPITRE III.

Symptômes.

I. SYMPTÔMES ESSENTIELS	36
II. SYMPTÔMES SECONDAIRES	62

CHAPITRE IV.

Histoire clinique	79
-----------------------------	----

CHAPITRE V.

Diagnostic	113
----------------------	-----

